CLINIQUE MÉDICALE

DE

L'HOPITAL DE LA PITIÉ

ET DE

L'HOSPICE DE LA SALPÉTRIÈRE

PAR P. A. PIORRY

Docteur en médecine, Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Professeur de Médecine Clinique, Médecin de l'hospice de la Salpêtrière, Membre de l'Académie royale de Médecine, de la Société de Médecine, de la Société Médicale de Tours, de l'Académie royale de Médecine de Madrid, etc.



PARIS.

GERMER BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,
RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, N. 13 BIS.

MONTPELLIER,
CASTEL ET SEVALLE, Libraires.

BRUXELLES,
TIRCHER ET PÉRICHON,
Libraires.

TOULOUSE,
DAGALIER ET SENAC, Libraires.

LONDRES,
J.-B. BAILLIÈRE, Libraire,
219, Regent Street.

1835.

it unnecessary to say that the ability of the painter will be ably seconded by that of the lithographer and the colorist.

The work will be published in parts, one of which, containing five plates, with corresponding descriptions, will appear every two months. The introduction and the generalities of the order, the families and the genera, will appear in the course of the publication, and full directions will be given with the last part for the arrangement both of the plates and letter-press.

The price of each part will be £1. 1s. *coloured, and* 16s. *plain.*

*** *Specimens of the Plates may be seen at the Publisher's,*
32, *Fleet Street.*

CLINIQUE MÉDICALE

DE

L'HOPITAL DE LA PITIÉ

ET DE

L'HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE.

IMPRIMERIE DE E. DUVERGER, RUE DE VERNEUIL, 4.

CLINIQUE MÉDICALE

DE

L'HOPITAL DE LA PITIÉ

ET DE

L'HOSPICE DE LA SALPÉTRIÈRE

PAR P. A. PIORRY

Docteur en médecine, Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Professeur de Médecine Clinique, Médecin de l'hospice de la Salpétrière, Membre de l'Académie royale de Médecine, de la Société de Médecine, de la Société Médicale de Tours, de l'Académie royale de Médecine de Madrid, etc.



PARIS.

GERMER BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,
RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, N. 13 BIS.

MONTPELLIER,
CASTEL ET SEVALLE, Libraires.

BRUXELLES,
TIRCHER ET PÉRICHON,
Libraires.

TOULOUSE,
DAGALIER ET SENAC, Libraires.

LONDRES,
J.-B. BAILLIÈRE, Libraire,
219, Regent Street.

1835.

AVANT-PROPOS.

La confiance que la Faculté a bien voulu me témoigner, en me chargeant du service de la Clinique interne de la Pitié pendant plusieurs mois, m'a fait considérer comme un devoir de lui rendre compte des faits qui se sont présentés à mon observation: c'est ce devoir dont j'ai l'intention de m'acquitter en publiant ce travail.

Cherchant à profiter des travaux de mes maîtres, et des progrès de la science, appliquant au diagnostic et au traitement des maladies, l'anatomie, la physiologie, l'empyrisme et le raisonnement; ne dédaignant pas les applications physiques et chimiques qui pouvaient s'offrir, sans pour cela oublier l'influence puissante de la vie; j'ai fait tous mes efforts pour me débarrasser d'opinions préconçues et de toute idée formée *à priori*.

Rendre un éclatant hommage aux progrès que MM. Pinel, Broussais, Laennec, Cruveilhier, Andral, Magendie, Serres, Chomel, Bouillaud, Lallemand, etc., ont fait faire à la science, sans cependant négliger les immenses travaux de leurs devanciers; examiner les faits avec indépendance; attacher au diagnostic une extrême importance parce que lui seul peut guider dans le traitement, but final de toutes les connaissances du médecin; étudier les causes organiques des maladies, donner le moins possible au hasard; procéder

en thérapeutique avec une extrême prudence; agir, lorsque la vie des malades était compromise, avec le plus de vigueur possible et cependant encore avec circonspection; compter beaucoup sur les ressources de l'hygiène; se défier des médicamens dangereux; préférer être timide dans leur emploi qu'audacieux dans leur administration : tel a été comme médecin le but que je me suis proposé.

Chercher dans l'enseignement à être utile aux élèves et à les instruire; leur faire sentir qu'il ne s'agit pas dans leurs études, de se préparer à des examens ou à des concours; mais d'apprendre à soigner les hommes; stimuler leur zèle; leur faire voir que l'étude a ses douceurs, le travail sa récompense, et la science un haut intérêt; que celle-ci doit être cultivée avec un amour d'artiste, et avec une probité d'honnête homme; s'attacher à être clair, précis, méthodique et sévère, plutôt que brillant, ou hypothétique; se mettre autant que possible à la hauteur de la science; faire sentir que l'art d'observer est le plus difficile et le plus important de tous, tel a été comme professeur, le but constant de mes efforts.

Certes, la tache était difficile, et j'ai été bien loin de la remplir comme je la comprenais. Le souvenir des leçons de mes anciens maîtres Leroux, Laennec, Fouquier, Broussais, Alibert, Récannier, Boyer, Dupuytren, Richerand, Roux, Orfila, était présent à mon esprit et soutenait mon courage, mais je ne sentais que trop combien j'étais loin de posséder ces qualités du médecin et du professeur que j'avais vu réunir chez d'autres à un si haut degré.

Les travaux qui constituent cet ouvrage n'ont pu être présentés, à cause de publications partielles qui en ont été faites dans un ordre bien déterminé; mais ainsi que cela a lieu pour des leçons de médecine clinique, qui ne peuvent guère être dans leur ensemble astreintes à un classement systématique, il

a fallu présenter ces travaux dans l'ordre successif où les faits qui les constituent se sont offerts.

Une première partie de ce travail, sous le nom de *Compte-Rendu*, contient l'exposé succinct des observations, appartenaut au service de la Faculté, à la Pitié. Quelques faits recueillis à la Salpétrière y ont été réunis. Les autres fragmens de cet ouvrage ont rapport à des monographies sur les cas les plus importans qui se sont présentés. Dans l'état actuel de la science, des mémoires spéciaux paraissent être les travaux les plus utiles, et c'est seulement lorsqu'on en aura publié un grand nombre et sur des sujets variés, qu'on évitera, d'une part, un esprit d'exclusion dangereux, et que de l'autre, on pourra s'élever à des connaissances générales en médecine.

Puissent, MM. les professeurs de la Faculté qui ont bien voulu m'honorer de leur suffrage pour remplir l'intérim d'une chaire si importante, penser que j'ai, au moins, en partie, répondu à leur honorable confiance, et puissent, les élèves, avoir tiré de mes leçons, ou puiser dans ce travail, quelques connaissances qui soient utiles à l'humanité et à eux-mêmes.

COMPTE RENDU

DE LA

CLINIQUE DE LA FACULTÉ

A LA PITIÉ EN 1832.

Le service de la clinique interne à la Pitié se compose de deux salles de femmes et de deux salles d'hommes, en tout, quarante-trois lits. Ces salles sont petites, mais assez bien aérées, seulement il y a quelques lits de trop pour la capacité des dortoirs.

On a reçu des sujets d'âges très variés; depuis un enfant de 2 ans jusqu'à uue femme de 100 ans 4 mois. Le nombre des femmes malades a dépassé celui des hommes. Du 16 mai au 30 octobre, il y a eu 340 entrans, et 23 décès, ce qui fait à peu près un décès sur quinze entrans.

Le service de la clinique de la Pitié, par suite de mutations et surtout de la maladie de M. Corbin, était privé de chef de clinique. M. Balme-Dugaray d'abord, M. Putégnat ensuite, et enfin M. Grand, ont rempli ces fonctions avec beaucoup de zèle et de désintéressement, car il a été impossible d'obtenir pour eux de l'administration le plus petit avantage. Il n'y a point eu non plus d'aides de clinique dans notre service. L'assiduité des élèves, leur empressement à recueillir des observations ont rémédié à cet inconvénient.

L'ordre physiologique sera suivi dans l'exposition des observations et des réflexions qui vont suivre.

PREMIÈRE PARTIE.

Maladies du tube digestif et de l'abdomen.

Absence de dents simulant le facies de l'hémiplégie.

Un malade qui avait eu, deux ans auparavant, une attaque d'apoplexie, entra dans les salles de la clinique. Sa bouche était singulièrement déviée à droite. Tous les élèves pensèrent qu'il s'agissait d'une nouvelle hémorrhagie cérébrale. Cette déviation était le résultat de la disposition des arcades dentaires, les dents supérieures gauches étaient tombées, les dents inférieures droites manquaient ; la mâchoire était abaissée à droite, elle avait entraîné la commissure des lèvres dans ce sens ; de là l'apparence hémiplégique de la face. Beaucoup de personnes conservèrent des doutes sur ce fait ; mais il fallut se rendre à l'évidence quand un corps étranger imitant les dents fut mis à leur place et rendit au facies sa configuration normale. M. Cousin, dentiste fort habile, voulut bien se charger de faire un ratelier à cet homme; la cause de l'erreur dont il s'agit est assez fréquente, surtout à la Salpétrière ; elle pouvait d'autant plus en imposer ici que le côté droit était resté plus faible chez ce malade depuis son attaque d'apoplexie.

Carie dentaire donnant lieu à un érésypèle intermittent de la face.

Un homme présenta un érésypèle de la joue du côté droit, affection qui revenait tous les mois d'une manière presque périodique. Une cause organique présidait à son apparition. Plusieurs dents profondément cariées causaient de vives douleurs. C'est lorsque le malade souffrait avec le plus de violence que l'érésypèle se déclarait; l'évulsion des dents malades fut faite ; l'érésypèle se dissipa plus promptement qu'à l'ordinaire. *Le sulfate de quinine* fut donné pour prévenir le re-

tour de cette inflammation intermittente. Depuis trois mois l'érésypèle n'est probablement pas reparu, car le malade, qui avait promis de revenir si les accidens se renouvelaient, ne s'est pas présenté dans le service. Dans plusieurs cas nous avions déjà observé des érésypèles et des abcès autour du sac lacrymal, occasionnés par la présence de dents cariées dans les alvéoles supérieures.

Ulcérations de la gorge, résultat de l'éruption de la dernière molaire.

Une angine ancienne et des ulcérations profondes à l'amygdale droite, reconnaissaient pour cause, chez une jeune femme, la pousse de la dernière grosse molaire du même côté. L'excision de la portion de membrane buccale qui recouvrait cette dent, fut suivie d'une guérison prompte.

Enduits de langue ; leur cause matérielle.

Les enduits noirâtres dont la langue et les dents ont été recouverts sur plusieurs de nos malades, la sécheresse de ces parties, ont toujours correspondu à la manière dont la respiration s'opérait. Il était évident dans tous ces cas que le passage de l'air par la bouche était la cause de ce symptôme. Soit qu'une pneumonie rendît le besoin d'air plus fréquent, soit qu'un coryza ou une angine oblitérassent l'ouverture postérieure des fosses nasales ; soit qu'une ascite, que *la tuméfaction de l'estomac, ou des intestins par des gaz, ou qu'une souffrance gastro-intestinale* mettant obstacle à l'abaissement du diaphragme, forçassent le malade à respirer plus souvent, ou le portassent automatiquement à ouvrir la bouche pour recevoir plus d'air, toujours est-il que cette cause toute physique de la sécheresse de la langue était évidente. Dans un cas où plusieurs dents supérieures de tout un côté manquaient, la moitié de la face supérieure de la langue du même côté était sèche, noire, fendillée ; c'était précisément sur le passage du courant d'air ; l'autre moitié était humide et naturelle.

Ulcérations de la gorge d'apparence syphilitique guéries très promptement dans un cas par les mercuriaux, et dans l'autre par la médecine antiphlogistique.

Des ulcérations siphylitiques de la face inférieure de la langue, du palais et des amygdales avaient été depuis un mois, chez un de nos malades, le résultat d'un contact immédiat avec des parties infectées ; elles cédèrent en trois jours à des frictions légères faites dans la bouche et sur les parties malades avec quelques grains d'onguent mercuriel affaibli par moitié de cérat. Ici les antiphlogistiques largement employés à cause de la complication d'une hépatite aiguë, n'avaient point entravé la marche des symptômes syphilitiques, tandis qu'un homme qui portait depuis six semaines dans l'amygdale droite une ulcération large, profonde, à fond grisâtre, à bords rouges et coupés à pic, ulcération que les circonstances commémoratives pouvaient faire considérer comme vénérienne, en fut délivré en trois jours par l'application de vingt-cinq sangsues et d'un cataplasme sur le cou.

Angine couenneuse coëxistant avec la couenne inflammatoire du sang.

Plusieurs autres angines se sont offertes à notre observation. Dans deux cas il y avait eu formation d'une couche pseudo-membraneuse assez épaisse sur l'amygdale. Une saignée et le régime guérirent ces malades en vingt-quatre heures. Ce qu'il y eut de remarquable, c'est que le sang des saignées présenta une couenne inflammatoire épaisse. La même circonstance organique qui avait déterminé la formation de celle-ci, c'est-à-dire la substance coagulable suspendue dans le sérum, avait probablement aussi occasionné la pseudo-membrane de la gorge.

Ulcétion du pharynx par suite du frottement et de la pression.

Chez deux malades, nous avons trouvé à la mort les lésions

suivantes que nous avions déjà rencontrées deux fois à la Salpêtrière. Sur ces quatre sujets, il y avait eu, dans les jours qui précédèrent la mort, de longues quintes de toux. A peine les malades s'étaient-ils plaints de la gorge. A l'ouverture on trouva sur la partie saillante du cartilage cricoïde dans le pharynx, une ulcération de la membrane muqueuse; le fond en était gris, la forme arrondie, l'apparence gangréneuse, et le pourtour offrait une teinte violacée. Ces ulcérations variaient d'une à trois lignes de diamètre. Le cartilage n'était point dénudé; le fond de l'ulcération était formé par du tissu cellulaire épaissi; la partie postérieure du pharynx, précisément opposée à la saillie du cricoïde et qui lui était contiguë, présentait chez tous ces sujets une ulcération pareille. Seulement celle-ci était moins étendue; les autres points du pharynx étaient sains. Il paraît évident que les mouvemens d'élévation et d'abaissement du larynx, soit pendant la toux, soit pendant la déglutition, avaient été suivis ici du frottement de la paroi postérieure du pharynx contre la paroi antérieure correspondant au cartilage cricoïde. De là la formation, en quelque sorte mécanique, des ulcérations précédentes. Je n'ai lu nulle part que cette lésion ait été décrite. Il faudrait déterminer les signes qui pourraient la faire reconnaître pendant la vie, et diriger dans son traitement.

Gastro-entérites.

Plusieurs cas de gastro-entérite simple se sont présentés à la clinique. Ils ont été avantageusement combattus par le régime et les évacuations sanguines. Il y a deux mois, il s'est offert une occasion assez favorable pour juger de l'efficacité du régime seul et de l'utilité des pertes de sang combinées avec les moyens diététiques. Six malades entrèrent à la fois pour des symptômes gastro-intestinaux plus ou moins graves. Tous furent soumis à l'abstinence et aux boissons adoucissantes. Les trois plus malades furent traités par de nombreuses applications de sangsues; le lendemain ils étaient mieux, et la guérison fut prompte; les trois qui avaient été moins

gravement affectés ne perdirent pas de sang. Le soulagement fut lent; ils souffraient encore lorsque les autres étaient guéris, et chez l'un d'eux, il fallut avoir recours à de nombreuses applications de sangsues. De semblables expérimentations avaient été faites par moi à la Pitié, il y a quatre ans, et à la Salpêtrière, depuis cette époque. Le résultat avait été le même.

Distension énorme de l'estomac; soulagement remarquable..

Un homme avait depuis long-temps des digestions difficiles; il entra à la Pitié, et se plaignit d'éprouver des régurgitations fréquentes, et des éructations qui lui rappelaient l'odeur et le goût d'œufs pourris; le ventre était énorme, et la fluctuation qu'on y sentait avait porté quelques personnes à annoncer une ascite. Or, voici ce que la percussion médiate trouva : Le malade étant couché sur le dos, son tympanique à la partie supérieure du ventre; au-dessous et sur une ligne de niveau, bruit que j'ai nommé humorique et que M. Martin-Solon m'a dit avoir appelé, avec plus de raison, hydro-pneumatique; plus bas et tout autour, matité au-dessous de laquelle se trouvait l'intestin reconnaissable à sa sonoréité et à son élasticité. En changeant la position du sujet, la matité se déplaçait bien, mais seulement dans l'étendue de l'espace que circonscrivaient les intestins. Ainsi c'était de l'estomac très dilaté qu'il s'agissait, et le déplacement avait lieu dans la cavité même de cet organe. Celui-ci contenait beaucoup de liquide. On fit boire le malade : la hauteur du niveau s'éleva; le diagnostic devint alors certain. Seulement on supposa, plutôt qu'on ne le démontra, le rétrécissement de l'orifice pylorique. Le traitement fut le suivant : On fit vomir le malade (non par l'émétique, mais par la titillation de la luette); d'énormes quantités de matières mal digérées furent rendues. L'abstinence absolue fut prescrite pendant quelques jours, puis on donna de très petites quantités d'alimens à la fois. L'estomac examiné par la percussion ne se distendit plus outre mesure; les alimens furent gardés, et le soulagement

fut si grand que le malade sortit les jours suivans dans un état supportable de santé. J'avais vu en ville quelques faits semblables.

Entérites typhoïdes.

Nous avons été frappés de la rareté des entérites typhoïdes. Trois malades seulement sont entrés avec des symptômes bien marqués de cette maladie. On se rend compte du peu de fréquence de cette affection par l'épidémie régnante. Comme le cholera typhoïde se déclarait dans les circonstances où l'entérite typhoïde se manifeste d'ordinaire, il y a lieu de croire que beaucoup de sujets qui ont été dans ces derniers temps frappés par le cholera, l'auraient été, dans d'autres, par la fièvre entéro-mésentérique de M. Serres. Ceci paraît d'autant plus probable que très souvent, lorsque les premiers symptômes cholériques sont dissipés, la maladie prend le caractère de l'entérite typhoïde, et offre à la mort des lésions fort analogues. Tel était, surtout sous le rapport des symptômes (car ce sujet est guéri), le cas d'une jeune fille dont nous parlerons bientôt.

Sur deux des malades atteints primitivement des symptômes de l'entérite typhoïde, l'un était au quatrième jour de la maladie; diarrhée légère, stupeur, affaiblissement, fièvre vive, quelques pétéchies, peu de douleurs abdominales, météorisme. L'abstinence et de nombreuses évacuations de sang firent promptement cesser les accidens. L'autre était bien plus gravement malade. Il entra à l'hôpital au douzième jour à dater de l'invasion. Météorisme, ancienne diarrhée d'abord peu abondante, puis très liquide, fièvre vive, pouls donnant 120 pulsations, stupeur, délire et facies typhoïdes; à côté de tout cela, la langue humide et d'un rose pâle, sans enduit fuligineux (les fosses nasales permettaient facilement le passage de l'air, et la bouche était habituellement fermée). Le malade présentait en arrière, dans les deux poumons, une légère matité et du râle muqueux. Le diagnostic reposant sur ces faits fut celui-ci : ulcérations dans l'iléon, pneumonie

hypostatique consécutive. Des vésicatoires ne remédièrent pas plus à la pneumonie que les antiphlogistiques et le régime, et ne guérirent pas la souffrance intestinale. La matité et les râles augmentèrent, la respiration s'embarrassa, la bouche resta ouverte; alors des enduits se formèrent, la diarrhée devint excessive, le sang s'épuisa, le facies devint hypocratique, et, quinze jours après son entrée, le malade périt. Quinze ulcérations de quatre à douze lignes de diamètre se trouvèrent dans le dernier des intestins grêles, et une pneumonie au deuxième degré se rencontra en arrière sur les points qui avaient été déclives lorsque le malade était couché sur le dos. L'écume accumulée sur les bronches, par suite de l'impossibilité de l'expectoration, avait déterminé la mort.

Les deux malades dont il s'agit avaient habité des chambrées étroites et encombrées. Mes recherches me portent à penser qu'il en est le plus souvent ainsi pour ceux qui sont atteints de l'entérite typhoïde.

Maladies du tube digestif et de l'abdomen; hypertrophies du foie

L'hypertrophie du foie s'est fréquemment offerte à notre observation; elle a toujours été facile à reconnaître par la percussion médiate; presque jamais la palpation n'a pu nous indiquer le volume de l'organe hépatique. Cette hypertrophie en largeur, en hauteur, en épaisseur coexistait souvent avec des troubles dans la circulation. Alors il n'y avait d'autre douleur qu'un sentiment de pesanteur, qui quelquefois s'étendait vers l'épaule droite, et augmentait lorsque le malade était debout. Nous avons, dans ces cas, pensé avoir affaire à l'hypérémie par cause mécanique de M. le professeur Andral, et alors aussi nous trouvions par la percussion un développement des cavités droites du cœur, et une légère matité dans les poumons.

Inflammations du foie; ictères.

Quelquefois les jours suivans la douleur devenait aiguë, et il

était évident que le tissu hépatique s'enflammait par suite de la gêne mécanique survenue dans la circulation ; d'autres fois, et dès les premiers temps, la région du foie était fort douloureuse ; la souffrance correspondait aux points où se trouvait le foie, et n'avait pas lieu partout ailleurs ; ces cas là nous parurent devoir être rapportés à l'inflammation franche de l'organe. L'ictère se réunit deux fois à l'ensemble de ces symptômes, et la cause qui le produisait devait être dans le foie ou dans les voies biliaires, et non dans les matières contenues dans l'intestin, car le foie était hypertrophié, et les fœces avaient entièrement perdu leur couleur. Il fut impossible dans l'un et dans l'autre cas, de saisir le développement de la vésicule du fiel.

Traitement de l'hypertrophie du foie.

Les saignées générales dans tous les cas précédens, qui furent très nombreux, produisirent constamment la diminution momentanée ou persistante du volume du foie. L'organe limité par les élèves la veille, et dont la circonférence avait été tracée par le nitrate d'argent, avait diminué d'un ou deux pouces de haut en bas, et avait beaucoup perdu de sa largeur. C'est surtout lorsque les selles cholériques se manifestèrent chez quelques-uns de nos sujets, que cette diminution dans le volume du foie fut considérable ; et il arriva dans un cas que le foie, qui la veille était énorme, devint très petit lorsque les selles furent multipliées. La diète produisit, mais plus lentement, cette diminution dans le volume du foie. Les sangsues, des cataplasmes appliqués sur le côté calmèrent les douleurs, qui, bien que le foie eût diminué de volume, persistaient encore dans cette glande. Dans tous les cas d'affection aiguë du foie, la guérison a promptement suivi le traitement.

Ictère ; traitement par les boissons adoucissantes à haute dose.

Chez une malade l'ictère coexistait avec l'hypertrophie du foie. Le sérum du sang avait une teinte jaune très foncée. On

pensa que les boissons données à haute dose auraient de l'utilité, et qu'elles serviraient à étendre de liquide la sérosité altérée par la présence du principe colorant de la bile. Quoi qu'il en soit de cette vue théorique, la malade prit trois pots de tisane d'orge en un jour, et des lavemens furent fréquemment administrés. L'ictère se dissipa avec promptitude, et les urines coulèrent abondamment.

Fièvres intermittentes.

Douze ou treize cas de fièvres intermittentes se sont présentés à la clinique dans les trois mois qui ont précédé le premier septembre. Un petit nombre avait le type tierce ; la plupart des autres était quotidiennes. L'accès en général a été de dix à douze heures. Sur ce nombre d'heures, l'une se passait pendant le frisson, trois ou quatre pendant la chaleur sèche, et le reste durant la chaleur halitueuse et la sueur. Dans dix cas sur douze, la fièvre commençait le soir, et se terminait le matin, époque à laquelle ou trouvait la peau humide. Dans un cas où l'on avait attendu un peu trop pour administrer le sulfate de quinine, les accès semblaient se toucher, c'est-à-dire que le frisson de l'accès suivant commençait au moment même où la sueur finissait. Une femme présenta un phénomène remarquable. Les accès revenaient le soir, mais c'était la chaleur qui commençait, puis il y avait un frisson et la sueur n'avait pas lieu.

Hypertrophies de la rate.

Ce dernier cas fut le seul où la rate ne fut pas hypertrophiées. Chez tous les autres, elle avait acquis un grand volume. Cependant elle ne dépassait, pas chez la plupart, le rebord costal, mais s'élevait très haut dans le thorax. Il fut facile de limiter cet organe par la percussion plessimétrique. Celle que l'on opérait avec la médiation du doigt était loin d'avoir la même précision. Les élèves familiarisés avec la percussion (et ils commencent à être nombreux) trouvaient quelquefois avant moi l'hypertrophie, et je vérifiais ensuite l'exactitude du dia-

gnostic. Dans deux cas, sur le cadavre, nous sommes arrivés à ce même résultat obtenu déjà un si grand nombre de fois. j'insiste sur ce fait, parce que la possibilité de mesurer exactement la rate par la percussion m'a été contestée par des personnes dont l'excellent esprit d'observation m'est connu.

D'ailleurs, les résultats du traitement prouvent jusqu'à quel point les mesures dont il s'agit sont exactes, et combien il est utile de les établir :

Traitement comparatif de l'hypertrophie de la rate.

Après avoir tracé la grandeur et la forme de la rate à l'extérieur par une ligne noire que le nitrate d'argent produisait, après avoir approximativement jugé de son épaisseur par le degré de matité du son, nous avons eu recours à diverses méthodes de traitement.

1° *La diète, les boissons adoucissantes :* La rate est restée aussi volumineuse que par le passé ; quelquefois même elle est devenue plus large que la mesure première ne l'avait indiqué ; les accès de fièvre ont continué.

2° *La saignée générale :* Dans deux cas, diminution dans la fièvre ; les accès s'éloignent peu à peu ; la rate reste plusieurs jours du même volume ; elle ne décroît jamais d'une manière subite. Dans deux autres cas, la fièvre continue, et la rate conserve sa grosseur.

3° *Le sulfate de quinine :* Il a été donné dans tous les cas, et après ceux où les autres moyens avaient échoué ; le plus souvent à la dose de dix grains, trois d'abord, puis trois autres deux heures après, et les deux autres grains après le même temps. Toujours ce moyen fut administré à l'époque la plus éloignée possible de l'accès à venir, et à la fin de la sueur dans le cas de fièvre subintrante. Dans tous les cas et en vingt-quatre heures, diminution d'un à deux pouces dans le volume da la rate ; cessation brusque des accès ; continuation du sulfate de quinine le lendemain ; diminution de l'organe, qui revient bientôt à son volume normal.

La rate est probablement le point de départ des fièvres intermittentes.

Dans plusieurs de ces cas *la rate avait diminué de volume avant que l'époque marquée pour le retour de l'accès fût arrivée.* Lorsque cette diminution en largeur et en épaisseur survenait l'accès manquait. Ce fait s'il était reconnu plus tard comme constant, éclairerait sans contredit les questions relatives à la nature des fièvres intermittentes et porterait à faire croire que l'état de souffrance de la rate joue un grand rôle dans leur production, puisque cet organe diminuant d'abord, la fièvre cesse ensuite. Il est vrai que l'on pourrait dire qu'un état inconnu de l'organisme agit à la fois pour produire l'hypertrophie de la rate et la fièvre elle-même, et que le sulfate de quinine détruit cet état inconnu. Remarquons du reste que jamais ladiminution prompte dans le volume de la rate n'a été plus marquée que dans les cas où le cholera s'est développé à la suite de l'emploi du sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes.

Quelques autres cas observés à la clinique de la Pitié tendraient aussi à faire penser que la rate est le point de départ de la fièvre intermittente. Une femme éprouva une pneumonie à gauche et en bas. Peu de respiration, râle crépitant, matité légère sans résistance marquée au doigt dans le côté gauche du thorax, et précisément sur un point très voisin de celui où la percussion plessimétrique faisait reconnaître la rate, qui n'était pas hypertrophiée. Or la fièvre n'était pas continue, elle était marquée par des accès où se retrouvaient les frissons, la chaleur et la sueur. La pneumonie traitée par les saignées et les vésicatoires guérit très promptement, et en même temps la fièvre se dissipa.

Une femme éprouva des douleurs très vives dans l'hypocondre gauche. Je ne sais pourquoi quelques élèves admettaient l'existence d'une péricardite. Des accès de fièvre intermittente avec le type quotidien avaient lieu. Or, la percussion trouvait le tube intestinal sur le point douloureux, la

rate était volumineuse et touchait au point où la douleur était si vive. L'ensemble des symptômes généraux et la présence de l'intestin sur le point douloureux firent admettre une entérite. On appliqua de nombreuses sangsues sur le côté. Le lendemain une très forte diarrhée et des coliques survinrent, et la douleur ainsi que la fièvre se dissipèrent.

Enfin, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Bally, un homme fut atteint d'uue fièvre intermittente quotidienne très violente et très rebelle. Je crus reconnaître la rate très hypertrophiée dans le côté gauche et en arrière. *Soixante grains de sulfate de quinine* par jour ne dissipèrent pas la fièvre et ne diminuèrent pas le volume de la rate; ce malade mourut. Un abcès entre la colonne vertébrale et la rate avait dévié celle-ci à gauche et en avant. Son volume était loin d'être aussi grand qu'on l'avait pensé, et une grande partie de l'espace occupé par le son mat correspondait à l'abcès. L'organe n'avait pas d'autre altération de texture et n'avait été que dévié et comprimé.

Ne semblerait-il pas, d'après ces trois faits, que le voisinage de la rate avec une partie enflammée pourrait imprimer à la fièvre symptomatique de l'inflammation le cachet de l'intermittence ?

Paralysies symptomatiques de la vessie.

Dans trois cas chez des femmes, dans un cas chez un homme (et c'est précisément chez celui qui fut atteint d'entérite typhoïde et qui y succomba) le météorisme empêchait de palper convenablement le ventre, et la percussion plessimétrique fit reconnaître que la vessie était distendue par de l'urine. Cette connaissance conduisit dans un cas à trouver une paraplégie que l'on ne soupçonnait pas. Chez tous ces malades on évacua de très grandes quantités d'urine, et on recommanda le cathétérisme fréquent et non pas une sonde à demeure. La mort n'eut lieu que dans le cas d'entérite typhoïde. Chez les autres la guérison fut complète. Nous avons eu ici l'occasion de signaler aux élèves le facies tout spécial

que présentent les malades dont la vessie est irritée, la fièvre urineuse, si bien étudiée par M. le professeur Richerand, et l'importance qu'il y a à se défier des rapports des malades ou des assistans, à l'occasion de l'évacuation de l'urine. On répond au médecin que ce fluide coule bien, alors qu'il ne sont que par regorgement. Si l'on se contente de ce document, on ne reconnait pas la lésion de la vessie et la mort du malade peut en être le résultat. Quelques recherches de percussion préviennent cette dangereuse erreur.

Métrites. Le toucher et la percussion réunis pour juger du volume de l'utérus.

Plusieurs cas de métrite se sont présentés dans notre service. Jamais, hors le cas de grossesse, l'utérus n'a été assez développé pour que le plessimètre, porté profondément dans le petit bassin, pût faire reconnaître par la percussion le globe utérin. Cependant dans un cas, on pratiqua en même temps, et avec succès le toucher et la percussion. Voici comment : le doigt étant porté dans le vagin et soulevant le col de la matrice vers les parois du bas ventre, on fit déprimer par un aide les parois abdominales avec le plessimêtre, et la percussion permit alors d'arriver jusqu'à l'utérus, et de reconnaître qu'il n'était pas plus gros qu'à l'ordinaire ; la plaque d'ivoire, au moment où elle trouvait la matité, était en effet peu distante du doigt introduit dans le vagin.

Caractère des douleurs utérines.

Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de faire remarquer que les douleurs propres à la souffrance de l'utérus, quelles qu'elles soient, ont un caractère qui les différencie de toutes les autres et qu'il est facile de reconnaître ; c'est qu'elles ressemblent soit à celles que les femmes éprouvent lorsqu'elles ont leurs règles, soit à celles de l'accouchement ; comme celles ci, les douleurs utérines ont toujours quelque chose d'intermittent et des accès séparés par un temps de repos.

Aménorrhagie.

Plusieurs cas d'aménorrhagie se sont offerts à notre observation. Les cas qui se rattachent à celle-ci peuvent se diviser en deux groupes bien distincts les uns des autres : 1° ceux où l'appareil circulatoire est plein de sang et d'un sang rouge et pur, comme l'indiquent l'examen des veines, des capillaires, et la percussion des organes ; 2° ceux où le cœur est petit, les poumons très sonores, le foie peu volumineux, les veines petites, les capillaires pâles. Dans le premier groupe, il y a souvent congestion, inflammation utérine, et les saignées, les sangsues ramènent alors fréquemment les règles ; dans le second, cette congestion n'a pas lieu faute de sang, ou du moins faute d'un sang assez riche ; ici c'est la nourriture animale et les ferrugineux réunis au safran qui réussissent. Nous avons eu dans trois cas à l'hôpital, et huit ou dix fois en ville, beaucoup à nous louer de l'action du tritoxide de fer à la dose de huit à quarante grains. Quelquefois il a causé l'entérite ; et alors il a fallu en suspendre l'emploi. C'est au plus tard après un mois que cet effet a été produit. En ville ce moyen a ramené les règles ; à l'hôpital nous n'avons pas été aussi heureux.

Ventouses sur le col utérin dans l'aménorrhagie.

Nous avons proposé pour l'aménorrhagie, sans pouvoir l'employer, uu moyen qui paraît rationel ; c'est l'application mensuelle pendant trois ou quatre jours, d'une ventouse pneumatique sur le col utérin. Un instrument va être confectionné pour cet usage. Monsieur le docteur Amussat, depuis la première impression de ce travail, nous a confié un instrument du même genre qu'il avait fait confectionner pour redresser l'utérus dévié.

Cancer utérin, injections fréquentes et emploi du tritoxide de fer.

Nous n'avons eu qu'un seul cas remarquable de cancer utérin : le col était détruit ou plutôt remplacé par d'énormes végétations qui s'étendaient sur les cloisons vagino-rectale et vésico-

vaginale ; celle-ci était perforée par le carcinome, l'urine pénétrait dans le vagin, et un écoulement sanieux horriblement fétide et très abondant continuait depuis des années. Le pouls était sans force, les veines vides, les capillaires tout-à-fait décolorés, au point que les lèvres et les gencives étaient presque blanches. Ici nous fîmes l'application de ce qui déjà avait réussi tant de fois à la Salpêtrière : des injections à grande eau dans le vagin, non pas une fois par jour, mais toutes les heures, et nous prescrivîmes de les pratiquer dans un bain de siége.

Ici nous avions l'intention de prévenir l'absorption de l'ichor cancéreux et d'en empêcher la putréfaction. D'un autre côté on prescrivit la diète animale et le tritoxide de fer pour remédier à l'anémie. Malheureusement cette pauvre femme ne put supporter ce médicament, qui ramenait toujours une abondante diarrhée, et de ce traitement rationel nous ne tirâmes d'autre avantage que de prolonger peut-être la vie de la malade, de calmer ses douleurs et de faire disparaître l'horrible puanteur qu'elle exhalait. La mort ne mit un terme à ses maux qu'après trois mois depuis l'époque où nous avions commencé à lui donner des soins. L'ouverture du cadavre n'offrit rien de remarquable que les végétations carcinomateuses du col utérin, du vagin et la perforation de la cloison vésico-vaginale. Il y avait fort peu de sang dans les organes profonds et ce sang n'était pas coloré.

Soulagement remarquable à la suite de l'emploi des moyens précédens.

Nous avons obtenu en ville, dans des cas analogues au précédent, et lorsque l'intestin pouvait supporter l'action du tritoxide de fer, des résultats bien remarquables de l'emploi d ce moyen. Jamais ils ne furent plus manifestes que chez une dame que des pertes continuelles avaient réduite à l'anémie et à une grande maigreur. Cette dame souffrait extrêmement de végétations cancéreuses dont le vagin était rempli.

Sous l'influence du repos au lit, de bains de siége toutes les deux heures, et des injections dans le bain répétées très fréquemment, les douleurs cédèrent sans qu'on fût obligé d'avoir recours à des narcotiques. Une nourriture animale et le tritoxide de fer à haute dose ramenèrent la coloration et l'abondance du sang ; les veines se remplirent ; les lèvres et les joues, d'abord si pâles, s'animèrent, et la maigreur fit place, après un mois de ce traitement, à de l'embonpoint. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que la perte ne discontinua pas, et que les végétations saignaient abondamment ; mais ce sang, qui était si pâle dans les premiers temps, est actuellement très rouge. A part la lésion physique que le doigt trouve dans le vagin, la santé semble actuellement et depuis deux mois être parfaite. On ne voit pas de raison pour que, malgré l'existence d'un cancer incurable, cet état de bien-être ne se prolonge long-temps sous l'influence de ce régime et de ce traitement. Cette médication a été depuis employée dans cinq cas analogues : deux fois elle a eu de bons effets, et trois fois il s'est agi de femmes à l'agonie sur lesquelles on n'a pu apprécier l'action du remède. Nous essayons maintenant de substituer le citrate de fer au tritoxide.

M. le professeur Cruveilhier, auquel nous avons parlé de ces faits, nous a dit que, dans la phlébite utérine, il avait tiré un parti avantageux des injections abondantes d'eau tiède dans l'utérus.

Œdème pendant la grossesse ; prompte guérison par la position.

Une femme enceinte présentait un œdème remarquable des cuisses, des extrémités inférieures et des parties de la génération. Il y avait plusieurs semaines que, nonobstant un traitement rationel par des évacuations sanguines et des diurétiques, la maladie restait stationnaire. Les importantes recherches de M. le professeur Bouilleau sur les obstacles au cours du sang veineux considérés comme causes d'hydropisies, se présentèrent à notre esprit, et nous pensâmes que la cause de cet œdème était la pression que l'utérus distendu

exerçait sur la veine-cave inférieure. En conséquence, on recommanda à la malade de ne pas se coucher sur le dos, mais bien sur le côté ; ce qui fut exécuté. Le lendemain à la visite, l'enflure était moins considérable, et deux jours après elle était dissipée.

Dans ce cas comme dans plusieurs autres, il fut facile de faire remarquer aux élèves avec quelle facilité la percussion médiate faisait reconnaître dans l'abdomen la hauteur de l'utérus distendu par le produit de la conception.

Ascites symptomatiques.

Plusieurs cas d'ascite se sont offerts à notre observation. Chez ces individus l'hydropisie avait toujours été consécutive à des lésions incurables. Dans l'un de ces cas il s'agissait de tubercules qui avaient envahi la plus grande partie du poumon gauche, tandis que le poumon droit était sain ; dans un autre, d'une hypertrophie avec dilatation du cœur gauche ; et dans un troisième tout portait à croire qu'une altération profonde dans le foie donnait lieu à l'ascite. Ce dernier malade sortit de l'hôpital à peu près dans le même état où il y était entré.

Inefficacité du traitement.

Chez ces malades les méthodes de traitement employées produisirent fort peu d'effet. Les saignées dans deux cas déterminèrent bien du jour au lendemain une légère diminution dans la hauteur du niveau du liquide mesurée au moyen du plessimètre, mais bientôt l'épanchement augmenta. Les diurétiques tels que le nitrate de potasse, la scille, furent sans aucune efficacité, et la kahinça donnée en extrait à la dose de trois gros par jour produisit de la diarrhée, des accidens, et n'agit en rien sur l'ascite; les vésicatoires n'eurent pas plus de succès, et ce fut en vain qu'on chercha, par des boissons chaudes et diaphorétiques prises en petites quantités tandis que le malade était chaudement couvert, à produire une sueur salutaire. En définitive que peuvent tous ces moyens

contre l'ascite symptomatique d'une lésion organique? Faire couler l'urine, les sueurs, déterminer des selles abondantes, c'est peut-être hâter par la perte des fluides la mort des malades; car c'est l'obstacle mécanique à la circulation que dans ces cas il faut détruire, et si l'on n'y peut parvenir, augmenter la faiblesse, c'est augmenter les chances de mort.

Hydro-péritonite.

Un malade entra à l'hôpital avec une pleurésie suraiguë à droite. Le ventre était météorisé et très volumineux. On n'y sentait point de fluctuation. Cependant une très légère matité à la partie déclive, matité qui se déplaçait suivant que le sujet variait de position, fit reconnaître à M. le docteur Maigne, praticien aussi habile qu'ami zélé de la science, la coexistence d'un épanchement abdominal, et par conséquent d'une péritonite. Je partageai cette opinion, que plusieurs personnes contestèrent; deux saignées et plusieurs vésicatoires, un régime convenable furent prescrits; sous l'influence de ces moyens, la respiration, qui auparavant était si gênée que le malade paraissait être sur le point de suffoquer, et le pouls si accéléré qu'il dépassait cent vingt, revinrent presque à l'état normal. Cette amélioration était due à la diminution considérable de l'épanchement pleurétique ; le plessimètre fit reconnaître en effet un notable abaissement dans la hauteur du fluide accumulé dans les plèvres, et la respiration se fit entendre inférieurement là où auparavant elle n'était pas appréciable.

Cependant les jours suivans l'accumulation de liquide dans le péritoine devint évidente pour tous; la hauteur de l'espace où la matité avait lieu inférieurement augmenta, le déplacement en rapport avec la position du sujet confirma le diagnostique, et la respiration devint de nouveau très gênée. Ce n'était pas que le liquide fût dans l'abdomen en assez grande quantité pour produire ce dernier effet, mais c'est qu'il existait en même temps une tympanite considérable qui donnait à l'abdomen un grand volume. Inutilement on eut recours à

de nombreuses applications de sangsues, à des cataplasmes émolliens, à des diurétiques; l'épanchement augmenta et la fluctuation se fit sentir. Cependant la plus grande partie du volume de l'abdomen était encore due à des gaz, car la percussion médiate trouvait presque partout, à une certaine profondeur, l'intestin distendu par des fluides élastiques. Quelques purgatifs donnés en lavemens, l'introduction d'une sonde dans le rectum, ne purent faire évacuer ces gaz, qui, comme nous allons bientôt le dire, sont une cause de graves accidens.

Paracentèse; lieu d'élection; évacuation complète des eaux; compression.

C'est dans ces circonstances que nous nous décidâmes à pratiquer la paracentèse. Bien qu'il y eût assez peu de liquide, nous cherchâmes, au moyen du plessimètre, le lieu où il était accumulé. Ce fut là pour nous le lieu d'élection, et il se rapportait assez bien à celui qui est indiqué par Sabatier. Le plessimètre déprimant les parois jusqu'à la profondeur de deux pouces, fut percuté, et donna lieu à une matité qui prouvait que le trocart pouvait pénétrer jusqu'à cette profondeur sans courir le risque d'intéresser l'intestin. Alors la ponction fut pratiquée suivant la méthode ordinaire. Il s'écoula par la canule une pinte seulement de sérosité citrine et nullement trouble; mais elle était albumineuse, moussait en tombant dans le vase, et avait beaucoup d'analogie avec le sérum du sang. Cependant la percussion médiate faisait encore trouver dans l'abdomen et au-dessous du lieu où la ponction avait été faite, de la matité, qui évidemment correspondait à du liquide. Alors une sonde de gomme élastique fut remplie et réchauffée par la sérosité qui venait de s'écouler; on l'introduisit dans la canule du trocart, on la dirigea jusqu'au point où la sérosité était accumulée, puis son extrémité fut recourbée à la manière d'un siphon; aussitôt de nouveau fluide s'écoula; il en sortit encore trois verrées, et on s'assura par la percussion, que le péri-

toine ne contenait plus de sérosité. La piqûre fut alors recouverte de diachylum. Une compression méthodique avec un bandage roulé qu'on laissa en place pendant trois jours fut faite sur l'abdomen.

Le malade fut soulagé. Cependant le ventre avait peu diminué, et les intestins distendus par des gaz formaient encore un volume considérable. Pendant huit jours, sous l'influence de la compression, le liquide ne s'accumula pas de nouveau, ou du moins la percussion pratiquée par-dessus le bandage ne parvint pas à le faire découvrir. Il était possible, en effet, qu'il s'en fût formé, et que la compression pratiquée par l'appareil ne permît pas à la sérosité de tomber facilement vers la partie déclive. Quoi qu'il en soit, l'épanchement fut de nouveau constaté, lorsque, pour la seconde fois, on enleva le bandage, et dès-lors on renonça à la compression.

Plus tard l'épanchement fit des progrès; les accidens augmentèrent; le malade dépérit. Je fis une absence de huit jours. Pendant ce temps, le malade succomba. Je ne pus être témoin de la nécropsie. L'élève qui recueillit cette observation ne me l'a pas remise. Je sais seulement qu'on trouva la pleurésie annoncée dès les premiers jours, une péritonite avec adhérence des intestins entre eux, et la collection d'un liquide séreux dans lequel se retrouvaient des membranes accidentelles.

Ce cas est remarquable sous le rapport de la ponction, de la manière dont tout le liquide put être extrait au moyen de la *sonde-siphon*, et de l'efficacité momentanée de la compression. L'emploi de ces moyens pourra peut-être réussir dans d'autres cas de péritonite. Il n'est pas dangereux de porter une sonde bien propre et bien humectée par la sérosité abdominale dans le péritoine; car on sait que sur les animaux on peut toucher le péritoine sans qu'il en résulte une péritonite, et les cas d'éventration sur l'homme prouvent encore bien mieux le fait dont il s'agit. On craint généralement trop peut-être d'ouvrir la cavité abdominale; on voit des blessures où elle est largement à découvert sans que la péritonite survienne. Celle-ci est presqu'au-dessus des ressources de l'art

quand elle est entretenue par un corps étranger qu'on ne peut enlever, ou quand une altération du sang complique cette inflammation (fièvre puerpérale, etc.); mais il est présumable que la phlegmasie simple et traumatique du péritoine est moins dangereuse. Peut-être le temps n'est-il pas éloigné où l'on songera qu'il n'est pas impossible de dilater certains points reculés du tube digestif atteints de rétrécissemens, ou d'en enlever quelques portions atteintes d'ulcérations incurables. Les beaux travaux de M. le professeur Dupuytren sur les anus contre nature, et de M. Jobert sur les sutures intestinales, trouveront plus tard des cas nombreux d'application.

Météorisme; tympanite; accidens qu'ils causent.

Sur sept ou huit malades, il a été facile d'observer qne la distension de la cavité abdominale par les intestins remplis de gaz, donnait lieu aux plus graves accidens. Il en était pour eux comme pour les animaux dans les intestins desquels nous avions insufflé de l'air. Seulement, comme la dilatation de l'abdomen était plus lente chez nos malades, ses effets suivaient une marche plus chronique. Le météorisme, reconnu par l'extrême sonorité du ventre jointe à l'augmentation de volume, refoulait très haut le foie et la rate vers le thorax, ce dont il était facile de s'assurer par le plessimètre. Il y avait cependant quelques cas où le météorisme était porté loin bien que l'organe hépatique ne remontât pas ainsi dans la poitrine; mais c'est que le poumon était malade. Tantôt alors il existait une pneumonie hypostatique, et d'autres fois l'écume bronchique, remplissant les bronches et leurs divisions, empêchait la sortie de l'air, et s'opposait à ce que les vésicules revinssent sur elles-mêmes. Dans le premier cas, on trouvait en arrière et en bas, quelle que fût la position du sujet, une matité remarquable, et, dans le second, des râles variés, et une très grande diminution du bruit respiratoire. Dans ces circonstances, la résistance qu'occasionnait le pou-

mon dilaté s'opposait mécaniquement à ce que le foie poussé par les gaz abdominaux s'élevât vers le thorax.

Chez tous ces malades, la respiration était extrêmement gênée ; elle se faisait par les côtes. L'expectoration devenait très difficile ; l'asphyxie par l'écume bronchique commençait, et tout aussitôt les lèvres devenaient livides, le faciès s'altérait, il prenait le caractère qu'on lui voit à l'approche de l'agonie, et il était l'avant-coureur de la mort.

Evacuation des gaz.

Pour rémédier au symptôme qui était évidemment la source de ces accidens funestes, nous avons pensé à évacuer les gaz; plusieurs fois une canule fut portée très haut dans le rectum ; mais malheureusement des matières y étaient accumulées ; les trous de la canule se bouchaient, et les gaz ne pouvaient sortir. Nous avons songé à l'introduction d'une sonde œsophagienne dans l'estomac, et il s'est toujours trouvé quelque circonstance qui s'est opposée à l'exécution de cette pensée. De la glace a été appliquée sans résultat sur le ventre. Nous avons inutilement prescrit des onctions avec l'huile de camomille camphrée, et cela pour suivre les avis de médecins distingués qui l'emploient, plutôt que dans une espérance fondée. Dans deux cas, il a été possible de rémédier à cette tympanite dangereuse :

Un homme entré à l'hôpital pour une pneumonie hypostatique double, et qui probablement s'était développée en partie sous l'influence de tubercules, fut pris de douleur de ventre et de diarrhée ; il y avait déjà plusieurs semaines qu'il était dans les salles, dépérissant, s'affaiblissant et conservant toujours des symptômes gastro-intestinaux, quand, les selles ayant cessé d'avoir lieu, le ventre se distendit par des gaz. D'abord peu marqué, ce développement devint bientôt considérable ; le foie était peu refoulé, car les poumons étaient malades ; mais la tumeur formée par les intestins était très considérable, et donnait lieu à une extrême sonorité. En même temps respiration très gênée ayant lieu plus de soixante

fois par minute, pouls à plus de cent vingt pulsations et déprimé, sueurs visqueuses, faciès profondément altéré. On attribua ces graves symptômes à la présence de gaz dans l'abdomen, et on songea aux moyens de les évacuer.

Une sonde, dont la cavité avait une ligne et demie de diamètre, fut introduite à cinq à six pouces dans la hauteur du rectum; elle ne put aller plus loin, des fèces s'y opposant. Aucun gaz ne sortit. Le doigt porté dans le rectum sentit les matières accumulées. Malgré l'entérite, et dans la conviction où l'on était que la maladie de l'intestin était située beaucoup plus haut que le rectum, on eut recours à un lavement purgatif avec le séné et le sirop de nerprun. Le malade fut à la selle cinq ou six fois; il rendit une énorme quantité de gaz; le ventre cessa d'être balloné; la respiration devint libre; les battemens du cœur se ralentirent, et le pouls prit du développement; la plupart des symptômes se calmèrent, et il ne resta que l'altération des poumons qui préexistait. Il y a plus d'un mois de ce fait; le malade est encore à l'hôpital, et aucun symptôme n'annonce sa mort comme prochaine.

Entérite typhoïde; cathétérisme du rectum.

Plus récemment, et dans les derniers jours de septembre, un jeune homme, qui présentait au plus haut degré tous les symptômes de l'entérite typhoïde, chez lequel la stupeur ne se déclara que vers le douzième jour de sa maladie, fut atteint d'accidens de plus en plus graves à la suite d'un météorisme considérable qui se déclara. Le respiration était très laborieuse et costale; la langue devint tout-à-fait sèche, et elle se recouvrit, ainsi que les dents et la langue, d'une croûte épaisse, noire et fendillée; le pouls devint faible et déprimé; les pulsations s'élevèrent à cent vingt par minute; l'expectoration de quelques crachats rares, il est vrai, mais en rapport avec l'engouement pulmonaire qui existait en arrière, cessait de se faire, et tout semblait présager une mort prochaine. Il était évident que la gêne de la respiration,

suite de l'accumulation des gaz dans les intestins, donnait lieu à la plupart de ces symptômes ; le plessimètre démontrait en effet que le foie et la rate étaient très refoulés vers le thorax, et que l'abaissement du diaphragme devait être fort difficile.

L'élève occupé à recueillir cette observation, et qui s'en acquittait avec beaucoup de zèle, M. Baron, se chargea d'exécuter, à plusieurs reprises dans la journée, le cathétérisme du rectum dans l'intention de provoquer l'expulsion des gaz. Une canule de gomme élastique fut portée très haut dans l'intestin ; une grande quantité de gaz s'échappa ; la pression méthodique du ventre par les mains, en fit sortir encore beaucoup plus, et le malade respira mieux. M. Baron d'abord, puis l'infirmier, réitérèrent cette opération, et le ventre revint en peu de jours presque à son volume normal. Alors la respiration devint meilleure, la langue s'humecta, les enduits noirâtres se détachèrent, le pouls cessa d'être aussi fréquent, la stupeur devint moins grande ; la face, déjà tirée et livide, se ranima et prit une meilleure expression, et l'appétit se fit vivement sentir. Aujourd'hui, 8 octobre, le malade est dans un état satisfaisant, et tout porte à croire que la convalescence va s'établir ; seulement elle sera longue, et le malade porte au sacrum des excoriations dont la surface n'est pas gangrenée. Quel que soit le résultat ultérieur de cette grave maladie, il a été de toute évidence pour les nombreuses personnes qui ont suivi ce malade, que le cathétérisme du rectum a eu ici la plus heureuse influence sur la vie de cet homme.

L'attention que nous avons portée ici aux gaz contenus dans l'abdomen était bien légitimée par les faits et les considérations précédentes, par beaucoup d'autres observations du même genre que nous possédions, et surtout par les expériences que nous avions faites sur les animaux vivans dans lesquelles nous avions pratiqué l'insufflation de l'estomac (1).

---

(1) Voyez *Mémoire sur l'insufflation pulmonaire, et procédé opératoire*

Métro-péritonite.

Le cas suivant est un exemple remarquable de métrite, de péritonite et d'entérite.

Une femme âgée de 30 ans et d'une forte constitution entra à l'hôpital de la Pitié le 20 septembre et le quinzième jour de ses couches. Celles-ci avaient été faciles, et la fièvre de lait avait eu lieu comme à l'ordinaire. Cependant les jours suivans, les lochies s'arrêtèrent, et il se manifesta une série d'accidens graves; douleurs abdominales principalement vers l'hypogastre; affaissement des seins; tuméfaction de l'abdomen; selles fréquentes; pouls petit et accéléré; frissons irréguliers. Les douleurs et le météorisme continuèrent, et on eut recours à quelques évacuations sanguines.

Plusieurs des symptômes que cette femme présentait simulaient assez bien l'entérite typhoïde : diarrhée, météorisme, douleurs abdominales médiocrement développées, pouls fébrile, frissons irréguliers, stupeur, faciès analogue à celui des fièvres graves, langue sèche, puis recouverte, ainsi que les dents, d'un enduit noirâtre; tels étaient les symptômes offerts par cette malade, auxquels il ne manquait que la typhomanie et les pétéchies pour présenter le tableau complet des fièvres graves.

Les circonstances commémoratives, les douleurs abdominales situées à la partie inférieure du ventre, la percussion, qui trouvait profondément de la matité dans le petit bassin, le toucher du col utérin, qui trouvait celui-ci dilaté et douloureux, firent annoncer une métrite. Il y avait des selles fréquentes et liquides; on crut en conséquence à l'existence d'une entérite. La distension des intestins par des gaz, et une légère matité obtenue à la partie déclive par une percussion légère et superficielle, un déplacement dans le lieu occupé par le son mat obtenu par le déplacement du sujet, firent ad-

---

à suivre dans l'emploi de la percussion médiate dans la collection de mémoires qui le suit, page 312. A Paris, chez Baillière. 1831.

mettre l'existence d'une péritonite, et on jugea qu'il y avait des adhérences entre les intestins et les parois', par ce que le liquide gagnait avec beaucoup de lenteur la partie déclive. Ainsi le diagnosti que fut celui-ci : *métrite, péritonite et entérite consécutive.* De plus on trouvait par la percussion que le foie était volumineux.

Une saignée calma la gêne de la respiration, mais influa peu sur le volume du foie ; trente sangsues furent appliquées sur le ventre sans plus de succès ; des cataplasmes, des boissons adoucissantes furent sans résultat. Les jours suivans, le météorisme augmenta, et il était évident que le volume du ventre empêchait le diaphragme de s'abaisser, et la respiration de se faire. Au septième jour de l'entrée de cette malade, la mort était prochaine. On songea à évacuer les gaz au moyen d'une canule portée très haut dans le rectum. Il sortit une assez grande quantité de fluides élastiques, et plus d'une verrée de mucus d'apparence puriforme. Le soulagement qui survint eut peu de durée, et cette malheureuse femme succomba quelques heures après.

A l'ouverture, voici les résultats que l'on obtint : l'utérus était quadruple de son état normal ; sa surface extérieure, d'ailleurs lisse, présentait de légères saillies au nombre de quinze à vingt, qui variaient en grosseur depuis le volume d'un grain de chenevis jusqu'à celui d'une petite amande. Ces saillies étaient molles au toucher ; elles soulevaient le péritoine intact à sa surface ; incisées, elles contenaient un pus blanc, crêmeux, et formaient un abcès entouré d'une membrane de nouvelle formation, sans communication aucune avec les veines ou les vaisseaux lymphatiques utérins, et sans aucune ouverture dans le péritoine. La face interne de la matrice était molle, pulpeuse, remplie de caillots à demi organisés, et qui offraient assez bien l'apparence de champignons cancéreux saignans ; la cavité utérine aurait pu loger le poing, et toute sa surface interne présentait l'aspect fongueux qui vient d'être signalé. Le col dilaté permettait l'introduction du pouce ; il était d'une couleur grise ardoisée. Le tissu charnu de la matrice était encore très appa-

rent, épaissi, mou et rougeâtre; *les veines, les vaisseaux lymphatiques, utérins et hypogastriques, les grosses veines abdominales étaient exempts de lésion;* le sang n'y paraissait pas altéré; les ovaires étaient dans l'état sain.

Les intestins étaient énormément dilatés par des gaz; ils contenaient en outre une grande quantité d'un liquide visqueux, d'un jaune verdâtre, assez analogue à du pus, quoique moins épais, et qui s'écoulait par jet des ponctions faites à l'intestin. La membrane muqueuse gastrique était rouge et hypéremiée à la partie déclive; sa consistance était normale. On ne trouva point que la membrane muqueuse de l'intestin offrît la rougeur ou le développement des follicules que les symptômes avaient porté à admettre pendant la vie.

Le péritoine, sur le plus grand nombre des points de son étendue, était recouvert d'une couche pseudo-membraneuse; des fausses membranes molles, pulpeuses, récentes, unissaient presque partout les intestins aux parois. Deux verrées d'un pus blanc, crêmeux, homogène, bien lié, étaient accumulées dans le petit bassin et dans les flancs. Le tissu sous-péritonéal offrait des vascularités fort apparentes soit sur l'intestin soit sur les parois, soit enfin sur l'utérus.

Le foie présentait une teinte marbrée de rose et de gris. Il semblait que la substance rouge était presque vide de sang, et que la jaune était infiltrée de pus. La substance de l'organe avait peu de consistance, et il y avait des points où la mollesse et l'apparence grise étaient plus manifestes. Le rein droit était sain; mais le gauche présentait, dans une assez grande partie de la substance corticale, une apparence grisâtre qui rappelait celle du foie, mais qui offrait mieux encore de l'analogie avec une infiltration purulente. Cette altération était disposée comme par digitations, et tout à l'entour le tissu du rein, quoique moins rouge qu'à l'ordinaire, paraissait cependant exempt de lésion.

Les plèvres contenaient une demi-pinte de sérosité; les poumons étaient très peu volumineux à l'ouverture du thorax, ce qui tenait évidemment, d'après l'inspection des organes, à ce que le foie, très volumineux et comprimé d'ail-

leurs par les intestins, refoulait les poumons de bas en haut jusqu'à trois pouces au-dessous de la clavicule. Ceux-ci n'étaient crépitans que sur quelques points; insufflés, ils acquirent un grand volume, puis s'affaissèrent lorsqu'on cessa l'insufflation; c'est ce qui arrive pour le poumon des animaux qu'on fait périr en leur injectant promptement des gaz dans l'intestin.

Le péricarde, le cœur étaient exempts de lésion, et le cerveau ne fut pas ouvert; il n'avait donné lieu à aucun symptôme pendant la vie.

Réflexions sur l'observation précédente.

Evidemment, dans cette observation, il s'est agi d'une métrite proprement dite. Ce n'était ni la phlébite utérine de Dance, ni la lymphatite, ou lymphangite de M. Nonat. La matrice était profondément altérée et a été le point de départ des accidens. Il est fâcheux que cette femme n'ait été dans nos salles qu'à une époque trop avancée de la maladie pour chercher à reconnaître si des symptômes auraient pu distinguer la lésion du parenchyme de l'organe, et l'état sain des vaisseaux qui en partaient. La péritonite a été dans ce cas probablement consécutive; nous nous sommes assuré qu'elle n'était pas due à la perforation de quelques-uns de ces nombreux abcès qui existaient entre le péritoine et le tissu utérin; nulle part il n'y avait dans leurs parois de perforation. Le fluide du péritoine, si semblable à celui de l'intestin, venait-il primitivement de la même source? était-ce du pus absorbé dans les parois de la cavité de l'utérus et dans ceux des abcès, qui avait été ensuite se déposer dans l'intestin sous forme de mucosité purulente, et dans le péritoine sous l'aspect de sérosité puriforme? était-ce encore de là que provenait cette infiltration grise du foie et du rein? Tout nous fait pencher pour la réponse affirmative, et nous croyons que dans le principe il aurait fallu, dans ce cas, diriger tous les moyens thérapeutiques vers l'utérus, avoir recours à des saignées abondantes et à des injections réitérées dans l'utérus, comme le M. professeur Cru-

veilhier l'a fait avec succès dans des cas du même genre (1).

Ponction de l'intestin povr évacuer les gaz.

Sur le cadavre de cette femme, nous désirâmes savoir quel serait l'effet d'une ponction aux intestins, et s'il serait possible de faire sortir par la canule du trocart une grande partie des gaz contenus dans la cavité intestinale. On perfora donc le colon transverse; il s'écoula beaucoup de fluides élastiques, et on parvint, en pressant sur les divers points de la masse intestinale, à faire sortir une très grande quantité de ces gaz. Cependant, quoique les élèves comprimassent avec soin, il en restait encore beaucoup plus. On fit une nouvelle ponction sur le cœcum; l'affaissement d'une grande partie du ventre fut rapide, et c'est sans doute cet intestin sur lequel il serait le plus convenable de tenter la ponction pour faire sortir des gaz. Nous cherchâmes alors à faire pénétrer une sonde par l'ouverture de la valvule iléo-cœcale afin d'arriver à l'intestin grêle; mais nous ne pûmes engager l'instrument entre les deux lames de ce repli. Il faudra réitérer cette tentative: car s'il était vrai que l'on pût, ce qui est probable, perforer avec un trocart, sans de très grands inconvéniens, l'intestin cœcum, et si l'on pouvait parvenir à introduire une canule dans l'intestin grêle, il n'est pas douteux que dans

(1) Cette observation, du reste, est loin de confirmer la croyance de quelques observateurs sur la possibilité de reconnaître pendant la vie la métrite proprement dite, ou la métro-péritonite de la phlébite ou de la lymphatite utérine. Ici tous les symptômes typhoïdes, tels que les frissons, la prostration, la fuliginosité des dents, le dévoiement, la tympanite, etc., existaient, et cependant la maladie était bornée à la substance de l'utérus et au péritoine. Il est vrai que le foie et le rein gauche présentaient assez bien l'aspect de l'infiltration purulente, et que l'intestin contenait du mucus puriforme, mais on ne trouvait pas de pus dans le sang, et ce n'est qu'hypothétiquement qu'on pourrait l'y admettre. Il faut remarquer même à ce sujet qu'il n'y eut point d'accidens cérébraux pendant la vie, ou de lésion pulmonaire observée sur le cadavre qui pût se rapporter à la présence du pus dans le sang.

l'entérite typhoïde, et lorsque les sujets paraissent dévoués à une mort certaine, hâtée par la tympanite, on pourrait tirer beaucoup de fruit de ce moyen, soit pour évacuer les gaz ou les matières, soit pour faire des injections dans la portion même de l'intestin malade.

DEUXIÈME PARTIE.

Maladies des organes renfermés dans le thorax et de l'appareil circulatoire.

Pendant les six mois qui ont suivi le 15 mai 1832, de nombreux cas de maladies des organes thoraciques se sont offerts dans la clinique de la Faculté à la Pitié.

Bronchites, ulcérations du larynx.

Presque jamais la bronchite, portée au point de causer une fièvre vive, n'a existé sans que les poumons eux-mêmes participassent à la souffrance des bronches. Le plus souvent elle s'est trouvée jointe à la congestion pulmonaire; dans un cas de phthisie où il y avait de l'enrouement depuis un mois, ce symptôme fit diagnostiquer des ulcérations dans le larynx, et la nécropsie vérifia ce fait.

Crachats salivaires dans plusieurs variétés de la bronchite.

Les crachats rendus dans la bronchite et dans la toux convulsive n'ont pas paru, dans deux ou trois cas, venir de la portion de conduit aérien situé au-dessous de la glotte. C'était après des efforts d'une toux sèche et sifflante qu'ils étaient rendus. L'auscultation ne faisait entendre que des râles *secs;* il n'y avait pas de bronchite trachéale, et les crachats expulsés en assez grande quantité à la fois, après des quintes répétées, avaient absolument l'aspect, la consistance et la spumosité de la salive. Il semblait évident, par les bruits que l'on entendait à l'oreille simple, que ce fluide accumulé dans l'arrière-gorge ou porté jusque dans l'œsophage, lors des efforts de toux, était ensuite rendu

par une sorte de régurgitation. C'est ce qui nous paraît avoir souvent lieu dans la maladie que Laënnec, et d'autres avant lui, appelaient catarrhe pituiteux, affection pour laquelle on a si souvent et si inutilement prodigué les expectorans, et que lui-même voulait traiter par les vomitifs répétés. Ces quantités énormes de mucosités qu'on voit rendre aux malades ne peuvent guère avoir été contenues dans le conduit de l'air; car on ne conçoit pas comment l'asphyxie par l'écume bronchique n'aurait pas été la conséquence immédiate de leur séjour dans les voix aériennes. Ajoutons que dans la plupart de ces cas le stéthoscope fait à peine entendre un râle sibilant. S'il y avait des mucosités écumeuses dans la trachée, ce serait du gargouillement qu'on y trouverait. Avant donc que de fixer le traitement de ce qu'on appelle le *catarrhe pituiteux*, il conviendrait de savoir d'où viennent les crachats que rendent les malades.

Crachats du larynx.

Plusieurs fois dans la laryngite les crachats ont été petits, arrondis, perlés, visqueux, de couleur cendrée; ils ont contenu même de petits points sanglans; ils ont formé de petits grumeaux de la grosseur d'un grain de chénevis, souvent suspendus dans des mucosités plus claires. C'est là le caractère qu'ont souvent les crachats laryngiens. M. le docteur Hervez de Chegoin avait remarqué ce fait, et j'en ai plusieurs fois vérifié toute l'exactitude. Ces crachats sont précisément ceux que Laënnec attribuait à ce qu'il appelait si singulièrement *le catarrhe sec.*

Hémoptysies.

Plusieurs cas d'hémoptysie se sont présentés dans nos salles; presque toujours elle a été liée à un autre état organique du poumon, et elle en était symptomatique. Seulement elle a quelque fois paru en rapport avec la dysménorrhagie. De tous les cas de ce genre, le plus remarquable, sans contredit, est celui d'une femme de 27 ans, dont le père, la mère et les deux sœurs étaient morts phthisiques. Dès l'âge

de 18 ans elle avait eu d'innombrables hémoptysies portées au point de lui faire rendre à la fois deux ou trois livres de sang. Depuis plusieurs années elle allait d'hôpital en hôpital, cherchant une guérison qu'elle ne trouvait pas. Les règles avaient cessé de couler, et il semblait qu'une congestion vers le poumon les remplaçait. Une cause matérielle entretenait ces symptômes ; on trouvait au niveau de chaque fosse sus-épineuse une matité insolite dans le poumon ; celle-ci était accompagnée de résistance au doigt, et cependant la respiration était vésiculaire sur le même point. Il n'y avait pas de râle crépitant : la voix ne pouvait s'y faire entendre, car la malade était extrêmement enrouée. Lors de son entrée à l'hôpital (le 27 juin), cette femme rendait en 24 heures 8 onces d'un sang d'abord vermeil, puis plus foncé en couleur. Il n'était pas écumeux, et venait cependant des voies aériennes, car les mucosités nasales rendues par le moucher ou le reniflement ne contenaient pas de sang, *et quand la malade était couchée sur le ventre, il ne s'écoulait pas de liquide par les narines ou la bouche.* Les crachats étaient rendus à la suite de la toux, et des gargouillemens se faisaient entendre dans la trachée. A ces symptômes se joignait une fièvre vive et une soif intense.

Une forte saignée, puis des sangsues au nombre de quatre appliquées journellement à la vulve, des boissons froides, n'arrêtèrent pas l'hémoptysie qui trois jours après continuait encore. Alors la ratanhia en poudre et à la dose de trois gros trois fois par jour, fut prescrite, mais la malade ne la prit pas. Le lendemain le médicament fut administré, et le jour même l'hémorrhagie fut suspendue. Dans un grand nombre d'autres cas analogues, la retanhia avait produit ces heureux résultat.

Cependant la matité persista les jours suivans, il y eut même un épanchement pleurétique à gauche qu'on reconnut par les variations de sonoréité et de matité, en rapport avec les changemens de position du sujet. Sous l'influence d'un large vésicatoire, cette hydro-pleurésie se dissipa en six jours ; mais il n'en fut pas ainsi de l'engorgement du sommet des poumons, et cette femme sortit de l'hôpital le 11

août, en conservant encore la matité qui avait d'abord été reconnue. Il y a tout lieu de croire qu'il s'agit ici d'une apoplexie pulmonaire, et que plus tard on trouvera dans le sommet des poumons des tubercules, et peut être des masses noires et dures, de la mélanose enfin, ou mieux encore, comme l'a si bien prouvé M. Breschet, le principe colorant du sang déposé et séjournant dans le tissu pulmonaire. Peut être aussi que des ulcérations laryngiennes ont ici donné lieu à l'hémoptysie; l'enrouement continuel conduirait à le faire croire.

Effets funestes du défaut d'expectoration.

Souvent il a été facile d'observer combien l'expectoration des fluides formés dans les voies aériennes est importante. Toutes les fois qu'une toux grasse, accompagnée de râles dans les grosses bronches, avait lieu, qu'on n'entendait pas la sortie des crachats de la trachée artère, et par suite leur déglutition ou leur expuition, et lorsque ce symptôme persistait pendant quelques heures, le péril nous paraissait pressant. La lividité des lèvres, l'altération du facies succédaient, et bientôt survenaient l'affaiblissement de la circulation et la mort.

Auscultation à distance des bruits de la trachée.

On néglige trop, depuis la découverte de Laënnec, les bruits que l'on entend en approchant l'oreille de la bouche du malade pendant qu'il respire, ou qu'il parle ou qu'il tousse. On entend par ce mode d'investigation, que j'appellerai *auscultation à distance*, des râles profonds et très déliés qui se rencontrent dans le commencement de l'asphyxie par l'écume bronchique. Quelquefois même, dans la pneumonie centrale, et lorsque la crépitation ne s'entend point à l'oreille appliquée sur le thorax, on saisit encore ce symptôme, par la simple audition de la respiration. Lorsque ce râle devient plus fort et lorsque les bronches se remplissent de crachats

ou d'écume, le médecin peut suivre les progrès du mal et quelquefois y remédier. Ce n'est pas seulement dans le croup que les mucosités épaissies causent la mort, c'est dans toute affection trachéale bronchique ou pulmonaire dans laquelle la sortie des liquides ne s'opère pas. On lit dans la Clinique de M. Andral un cas où un crachat épais bouchait la bronche qui communiquait avec le lobe supérieur de l'un des poumons; la mort fut prompte. Or l'audition simple du bruit que l'air fait en sortant, apprend si les crachats sortent des bronches, montent jusqu'à la glotte ou la franchissent. De là des applications thérapeutiques importantes sur lesquelles nous reviendrons bientôt.

Ajoutons que l'auscultation à distance fait entendre une voix *caverneuse* chez certains phthisiques, dont les poumons contiennent de vastes excavations. Dans le cas d'épanchement pleurétique, elle fait saisir un timbre de voix très semblable à l'égophonie; et, lorsque le poumon est induré, le sons formés par le larynx sont souvent rauques et retentissans, comme dans la bronchophonie.

Auscultations laryngienne et pulmonaire comparées.

L'auscultation médiate des râles trachéaux et laryngiens comparée à celle des poumons eux-mêmes, nous a conduit à des résultats pratiques importans. Quand les poumons, d'ailleurs sonores, ne donnaient pas lieu à des râles, et qu'au contraire on entendait dans le larynx et près de la glotte, dans la trachée, des râles variés, il était évident que les mucosités se trouvaient dans le larynx. Souvent cette comparaison a décidé du traitement, car dans le cas où la maladie était bornée au larynx, nous songions à des saignées locales, à des cataplasmes, à des gargarismes et au silence; et lorsque nous trouvions des râles vésiculaires ou bronchiques, nous pensions aux saignées et aux expectorans. Par cette même comparaison il a été pour nous de toute évidence que les râles sibilant, sonore, roucoulant, etc., entendus dans le thorax, même en arrière, et attribués par Laënnec à une cause existant

dans le poumon, sont le plus souvent le résultat de bruits qui ont lieu dans la trachée ou le larynx, et qui se communiquent aux parois thoraciques par la colonne d'air contenue dans les voies aériennes. Pour le prouver il suffit, dans ces cas, d'appliquer le stéthoscope sur le larynx, où le bruit est très fort, et de réitérer cette application sur les parois thoraciques où le même bruit se retrouve, mais d'une manière bien plus faible. Ce ne sont pas là des recherches sans inductions pratiques, car Laënnec établissait des indications thérapeutiques sur la théorie qu'il se formait de la présence de mucosités visqueuses dans les bronches; et si, comme cela paraît certain, c'est dans le larynx que ces bruits sont souvent produits, le traitement indiqué par Laënnec cesse d'être rationnel dans plus d'un cas.

État des poumons et des bronches chez les cadavres.

Le plus grand nombre des malades qui ont succombé à la clinique avaient les poumons très volumineux, et remplissant toute la cavité thoracique. On prit, en général, le soin d'enlever la trachée et les bronches avec ces organes, et de les comprimer avant d'intéresser leur substance. Or, on a vu dans tous les cas qu'il était fort difficile de les faire revenir complètement sur eux-mêmes. En même temps il s'écoulait par les bronches dans la trachée, ou par les petites divisions bronchiques dans les plus grosses, des mucosités écumeuses, variables en viscosité. A mesure qu'elles sortaient le poumon s'affaissait. C'était des parties de l'organe les plus déclives dans le coucher sur le dos qu'on voyait l'écume s'écouler le plus abondamment, et les portions du poumon les plus élevées étaient tout-à-fait affaissées. Les premières étaient crépitantes sous le doigt; celles-ci étaient flasques. Si l'on incisait les points crépitans, il s'échappait en ruisselant une spumosité aqueuse, tantôt colorée, tantôt claire, et la pression la faisait sortir encore avec plus d'abondance. Un des poumons, le droit surtout, était plus affecté que le gauche, et quelquefois même ce n'était que partiellement que l'on trouvait cette lésion.

A côté de cela dans plusieurs cas de cholera, dans un cas de pneumo-thorax, chez une femme cancérée, anémique, les poumons, réduits en apparence au dixième de leur volume, très légers, très sonores, tout-à-fait refoulés vers la colonne vertébrale, non crépitans, étaient mous sous la pression, et si on les comprimait il ne sortait pas d'écume par les bronches; sur quelques points il est vrai (et c'étaient en général les plus déclives), il y avait un peu de crépitation, mais elle était plus sèche, et on faisait à peine sortir des rameaux bronchiques qui s'y trouvaient de petites quantités d'écume.

Complication de l'asphyxie et de la syncope.

Ces faits, entièrement confirmatifs de ceux qui ont été publiés dans le procédé opératoire et dans le Mémoire sur l'asphyxie par l'écume bronchique, prouvent encore que la mort par syncope, dans laquelle, lors de l'ouverture du thorax, le poumon est vide d'écume et contient peu d'air, peut se compliquer avec celle par l'asphyxie de l'écume bronchique, où le poumon ne s'affaisse pas, et où les spumosités retiennent dans les vésicules beaucoup d'air qui y devient irrespirable.

Le râle crépitant est loin d'être un signe certain de pneumonie.

Dans tous les cas où la crépitation sous le doigt se retrouvait dans les poumons des cadavres, il était facile d'imiter le râle attribué par Laënnec exclusivement à la pneumonie. Le stéthoscope étant appliqué sur le poumon par son extrémité évasée, et l'oreille étant placée sur l'opercule, il suffisait de la moindre pression exécutée entre les doigts sur les portions de poumon situées au-dessous de l'instrument, pour faire entendre le râle crépitant parfait. Cependant il était évident que le poumon qu'on avait sous les yeux et qu'on touchait, n'était point atteint de pneumonie, et il est sûr que pendant la vie et lors des mouvemens inspirateurs, il devait produire le même son; seulement il y avait toujours, dans ces cas, de l'écume dans les vésicules. Qu'on ne pense pas que nous con-

fondions le râle muqueux ou sous-muqueux de Laënnec avec le râle crépitant, car nous auscultions de la même manière des portions de poumon véritablement atteintes de pneumonie au premier degré, et un bruit absolument analogue était produit. Il est donc vrai que la crépitation, quelque ténue qu'elle soit, n'indique pas toujours la pneumonie, et qu'il suffit d'écume dans les vésicules pour produire ce bruit.

Indications dans les affections aiguës des voies aériennes.

Dans le traitement des affections aiguës des voies aériennes, nous avons eu en vue deux points capitaux : 1° la quantité de sang et l'état de la circulation dans les poumons ; 2° la présence des mucosités dans les voies aériennes. Entrons dans quelques considérations pratiques sur ce sujet.

Con estions sanguines du poumon.

Chez plusieurs de nos malades, robustes, atteints de fièvre vive, la poitrine résonnait peu, et présentait moins d'élasticité qu'à l'ordinaire; en même temps le stéthoscope faisait à peine entendre la respiration ; il n'y avait pas de râle. C'était comme sur les poumons de cadavre qui ne contiennent point d'écume, mais qui sont rouges et gorgés de sang, sans cependant être splénifiés ou hépatisés; en même temps le cœur et le foie étaient volumineux. C'était là l'hypérémie simple de M. le professeur Andral, ou la simple congestion pulmonaire, il n'y avait pas alors de liquide dans les vésicules. De copieuses saignées rendaient *sur-le-champ* au poumon le son qu'il n'avait plus et la respiration qui lui manquait. Ce n'est pas sur un seul malade que cela eut lieu, c'est sur une vingtaine au moins. La fièvre tombait, la chaleur cédait, la respiration devenait facile, le lendemain le malade était guéri.

Pneumonies.

Ailleurs à ces symptômes venaient se joindre des râles variables ordinairement crépitans ; alors comme de la matité

et souvent de la résistance au doigt se rencontraient avec la crépitation, et que d'ailleurs les signes physiologiques ou anatomiques de la phthisie pulmonaire manquaient, nous considérions ces cas comme une hypérémie franchement inflammatoire : c'était là pour nous la pneumonie aiguë, et nous insistions alors sur les saignées générales.

Pneumonies secondaires à d'autres affections.

Lorsque les symptômes locaux d'une pneumonie se joignaient à d'autres maladies qui avaient exténué le malade, lorsque le sang était peu abondant, les veines vides, le pouls faible, le cœur et le foie petits, la face pâle, alors nous étions très réservés sur l'emploi des saignées; de larges vésicatoires, ou dans certains cas (lorsqu'il y avait du râle) le tartre stibié étaient mis en usage. Lorsque des tubercules nombreux, et surtout un dévoiement continuel et abondant coexistaient avec la pneumonie, nous étions encore réduits à l'emploi douteux et souvent inutile des dérivatifs extérieurs.

Distinction entre les diverses espèces de pneumonies.

Du reste, parmi les affections appelées généralement pneumonies, nous distinguions avec soin plusieurs états fort différens sous les rapports pathologiques et thérapeutiques : 1° la pneumonie aiguë, franche, débutant vivement, primitivement, attaquant brusquement, chez des sujets robustes ou sanguins, un seul ou les deux côtés, se manifestant quelquefois dans des parties non déclives lors du coucher sur le dos, et coexistant le plus souvent avec un état plastique de la sérosité du sang; 2° la congestion hypostatique, marchant lentement, obscurément, augmentant peu à peu, se déclarant chez des sujets affaiblis par l'âge ou la maladie, constamment à la partie basse du poumon (le coucher ayant lieu sur le dos), et s'élevant peu à peu à une plus grande hauteur dans la poitrine, et dans laquelle le sang n'était pas toujours plastique. A cette variété se rapporte aussi celle qui est la suite d'une lésion du cœur ou des grands centres circula-

oires; 3° la pneumonie lobulaire, circonscrite, se dessinant d'une manière obscure, affectant souvent le centre du poumon, donnant lieu à une matité difficile à reconnaître, accompagnée souvent de peu de râles, succédant à la phlegmasie profonde, à la suppuration d'autres organes, et dans laquelle, lors de l'ouverture, on trouvait quelquefois de petits abcès entourés de tissu hépatisé ou splénifié.

Traitement dans les diverses espèces de pneumonies.

La première de ces variétés nous paraissait réclamer les saignées générales et les boissons aqueuses à haute dose, ainsi que les saignées locales et les vésicatoires. Dans la seconde nous cherchions à faciliter la circulation par des saignées, à changer fréquemment la position du sujet pour prévenir les congestions hypostatiques; quelquefois nous ajoutions à ce traitement une médication tonique, et pour la dernière variété nous songions surtout, comme dans la pneumonie à la suite de la métrite chronique, à dissiper autant que possible par des injections ou par d'autres moyens, la stagnation du pus dans les organes où elle avait lieu, et nous combattions en même temps par des exutoires suppurans et par des boissons abondantes les noyaux pneumoniques que nous soupçonnions.

Résultats de ce traitement.

L'influence de ce traitement fut heureuse, car sur une trentaine de ces pneumonies appartenant à la première variété, nous n'avons perdu que deux sujets; l'un portait une hépatisation grise du poumon, et il fut apporté à l'hôpital après huit jours de maladie; l'autre était une femme de 47 ans, fort cassée et très faible, qui, malade aussi plusieurs jours avant d'entrer à l'hôpital, succomba promptement (et avant qu'on ait pu administrer le tartre stibié) par suite de l'accumulation de mucosités dans les bronches. Chez tous les autres malades les saignées réussirent quelquefois au moment même, ou en quelques heures, d'autres fois du jour au len-

demain, à rendre du son et de la respiration au poumon, de sorte qu'il était incontestable que ce moyen puissant avait eu la plus grande efficacité. Ces saignées furent fortes, mais pratiquées dans le principe; elles ne furent pas réitérées les jours suivans; et le régime, dès que les accidens se dissipaient, cessait d'être sévère.

Quant aux cas de pneumonies hypostatiques, cette affection était souvent secondaire, et il y avait presque toujours quelque lésion d'organe au-dessus des ressources de l'art qui y était liée; c'est dire que nous en avons vu mourir plusieurs.

Nous avons perdu un homme atteint de pneumonie centrale et lobulaire. Nous parlerons plus loin de ce malade, dont l'affection datait de huit jours avant son entrée, et chez lequel la nécropsie démontra qu'à l'époque où il nous fut confié, aucun traitement n'aurait pu réussir.

Présence de fluides variés dans les conduits aériens.

La présence de fluides dans les voies aériennes, quelle que fût leur nature, nous a paru exiger toute attention. A elle seule, quelque lésion primitive qui existât, et lorsque des efforts de toux étaient impuissans pour faire sortir ces corps devenus étrangers, elle a constitué un symptôme grave. Dans deux cas elle a fait pronostiquer une mort prompte à laquelle les élèves étaient loin de s'attendre. Dans l'un, il s'agissait d'une vieille femme, salle Notre-Dame, n° 9, qui portait une pneumonie au deuxième degré, et chez laquelle l'expectoration n'avait pas lieu après la toux; et dans l'autre, de cette femme avancée en âge citée plus haut, et dont les poumons étaient à l'état d'hépatisation grise.

Influence de la position du malade sur l'expectoration.

Toutes les fois que des râles existaient et que les crachats étaient rendus avec difficulté, nous songions aux expectorans. La position du malade a été une chose importante à observer. L'expectoration chez un homme affaibli, quand il est couché sur le dos, est presque impossible, elle devient facile aussitôt que l'attitude est assise et *que la tête est forte-*

ment fléchie sur la poitrine. La connaissance de ce fait, qui pourrait d'abord paraître vulgaire, mérite peut-être qu'on y insiste, parce qu'elle conduit à des résultats pratiques, et d'une application fréquente.

Première observation relative à l'expectoration facilitée par la position.

Lors de l'épidémie du cholera, Petit, l'un des employés de la Salpétrière, homme jeune, robuste et pléthorique, après avoir éprouvé quelques symptômes gastro-intestinaux, qui avaient présenté quelques-uns des caractères de l'épidémie régnante, sans qu'il y ait eu cependant de grandes pertes de liquide, fut pris presque subitement d'une extrême difficulté de respirer; en même temps une toux grasse avait lieu; elle n'était point suivie d'expectoration; on entendait encore un râle trachéal très bruyant et à très grosses bulles, et il semblait que des crachats se trouvant en abondance à l'ouverture de la glotte, gênaient le passage de l'air. La face était d'un rouge violacé, tuméfiée, les lèvres livides; le poumon en arrière donnait lieu, par la percussion, à une matité remarquable, avec *peu* de résistance au doigt. On entendait à peine la respiration, qui d'ailleurs n'était point accompagnée de râles bronchiques ou véiculaires. Le cœur était très gros, le foie volumineux, le pouls dur, les artères larges, les veines pleines; la suffocation paraissait imminente et la mort prochaine.

Tous ces désordres furent attribués à la présence de crachats obstruant en partie la glotte. Il était évident que les efforts d'expiration étaient insuffisans pour les faire rejeter. Alors Petit fut placé sur son séant et soutenu par plusieurs élèves; *la tête fut fortement fléchie sur la poitrine;* on exhorta le malade à faire de nouveaux efforts, et à employer à cette opération toutes les forces dont il était capable, et toute l'énergie de sa volonté. Ce conseil fut exécuté, et aussitôt trois crachats visqueux, transparens, contenant de grosses bulles d'air remplissant le fond du crachoir, furent rendus en quelques secondes. A l'instant la respiration se rétablit et les

râles trachéaux cessèrent. Tous les accidens qui mettaient actuellement la vie du malade en péril se dissipèrent. Une saignée fut pratiquée pour remédier à la congestion du cœur, des poumons et du foie; elle fut portée très loin parce que les forces du malade le permirent; pendant qu'on la pratiquait le son du thorax et la respiration revinrent à leur type normal, le cœur et le foie diminuèrent de volume, et la convalescence fut si prompte que Petit passa presque subitement de la maladie à la santé. M. Bergeon, alors interne de M. Rostan, et qui momentanément se trouvait dans le service dont j'étais chargé, témoin de ce fait, se propose de publier cette observation avec détail.

Deuxième observation du même genre que la précédente,

Laloi, boulanger, âgé de 35 ans, robuste et pléthorique, entra le 18 mai à la clinique de la Pitié. Une pleuro-pneumonie existant des deux côtés en arrière, mais plus marquée à droite, présentant d'ailleurs tous les signes anatomiques et physiologiques de l'inflammation aiguë des poumons, est traitée par deux saignées d'une livre et demie chacune, par trente sangsues et un vésicatoire sur le côté, sans que les forces tombent; bientôt diminution dans la matité et dans l'aspect sanguinolent des crachats. Des boissons sont données à haute dose. Les crachats sont expectorés avec peine; ils paraissent écumeux, et les bulles de cette écume sont petites. Le soir de la dernière saignée, le cinquième jour de la maladie, huit grains de tartrite antimonié de potasse sont donnés dans une petite quantité d'eau, et à doses fractionnées; mais en même temps on continue l'usage des boissons.

Le lendemain, 20 selles, et l'on n'a pris cependant que les deux tiers de la potion stibiée; nuit agitée, moins de matité dans le thorax, mais partout du râle muqueux dans le thorax, et un râle trachéal bruyant, toux continuelle sans expectoration, face livide, pouls faible et déprimé, lèvres violacées, volume augmenté des cavités droites du cœur.

Pendant la visite on a recours aux mêmes moyens que pour

Petit, et cela avec le même succès; des crachats très nombreux et très écumeux sont rendus par suite de la position assise et de la flexion de la tête en avant, et les élèves ainsi que l'infirmier qui y mirent beaucoup de zèle, parvinrent à en faire rendre dans la journée de grandes quantités.

Pour arrêter le flux de liquide dans la trachée et les intestins, privation complète de boissons, vésicatoire de six pouces sur la poitrine.

Le septième jour de la maladie il y a encore un grand nombre de selles, la matité du thorax diminue, la respiration fait entendre quelques râles.

Amélioration successive et graduée pendant les deux jours suivans, et convalescence rapide, car une semaine après ces graves accidens, le malade mangeait les trois quarts.

Dans un cas d'entérite typhoïde, en ville, M. le docteur Hedelhofer et moi avons vu la sortie des crachats provoquée par la position assise, par la flexion de la tête, avoir non moins d'utilité, et je pourrais citer plusieurs autres faits du même genre, recueillis à la clinique ou dans ma pratique particulière.

Emploi des antimoniaux lors de la présence des mucosités dans les bronches.

Toutes les fois que des mucosités abondantes existaient dans les bronches, et surtout dans les vésicules, et que l'expectoration se faisait mal, lorsque d'ailleurs les saignées avaient remédié à la congestion, ou que la sonoréité du thorax et le faible volume des organes nous dissuadait de la pratiquer, nous avions recours à des expectorans, parmi lesquels le tartre stibié et le kermès tenaient le premier rang. Nous n'étions même pas arrêtés toujours par la phlegmasie gastro-intestinale coexistante, parce que de deux maux il faut éviter le pire, et que le pire pour le malade, c'est d'être suffoqué. Souvent ce moyen a très bien réussi, mais jamais d'une manière plus manifeste que dans le cas suivant :

Observation de succès remarquable à la suite de l'emploi du tartre stibié.

Un homme de cinquante-cinq ans, mais plus vieux que ne le comportait le nombre de ses années, entra à l'hôpital dans les premiers jours d'octobre. Il était au sixième jour d'une pneumonie à gauche, caractérisée par la matité et la résistance au doigt, par la bronchophonie, la respiration bronchique, et par des crachats visqueux en fort petite quantité, très adhérens, et d'une couleur jus de pruneaux. Cette dernière circonstance nous faisait craindre que la pneumonie ne fût parvenue au troisième degré, car nous avons souvent vérifié l'exactitude des recherches de M. le professeur Andral sur ce sujet. De fortes saignées diminuèrent notablement la matité thoracique ainsi que les autres symptômes, mais un râle muqueux se manifesta dans presque toute l'étendue de la poitrine, le pouls faiblit, la face devint d'une pâleur livide, et tout annonçait que des mucosités s'accumulaient dans les voies aériennes.

Huit grains de tartre stibié furent administrés à doses fractionnées et répétées dans une petite quantité de véhicule; un dévoiement considérable survint, l'expectoration s'établit, des crachats contenant beaucoup de bulles d'air très petites, et présentant d'ailleurs les caractères de la pneumonie, furent trouvés au fond du vase. Bientôt les symptômes du côté du poumon se dissipèrent graduellement; la diète et des boissons gommeuses arrêtèrent la diarrhée, et la guérison fut complète.

Nous n'avons pas employé à la Pitié l'oxide blanc d'antimoine, parceque dans deux cas, à la Salpêtrière, nous avions vu ce médicament, donné à des doses assez faibles, occasioner, des symptômes gastro-intestinaux fort graves, et que, chez une de ces malades, lors de la nécropsie, l'inflammation de la membrane muqueuse digestive était évidente sur plusieurs points de l'étendue de celle-ci.

C'est sur des signes analomiques qu'il faut, autant que possible, fonder les indications thérapeutiques.

Si d'autres observateurs parvenaient aux mêmes résultats que ceux qui ont été obtenus à la clinique de la Pitié, on arriverait à établir sur des signes anatomiques et positifs l'indication des saignées et des expectorans. Les premières seraient réservées pour les cas où il y aurait les caractères plessimétriques, stéthoscopiques et fonctionnels de la congestion sanguine ; les seconds, et surtout le tartre stibié, seraient indiqués lorsque la réunion de ces moyens de diagnostic et de l'audition simple des bruits respiratoires démontrerait l'existence de liquides dans les voies aériennes; et la réunion de ces deux ordres de faits conduirait à combiner les deux méthodes de traitement. Efforçons-nous à tirer la thérapeutique de ses langes. Ce n'est pas en faisant de l'empirisme guidé par un diagnostic imparfait que nous y parviendrons. Non, étudions bien d'abord l'état organique et les signes qui le rendent évident, ce n'est qu'alors, et lorsque nous aurons bien spécifié les cas, que nous pourrons apprécier l'action des médicamens ; c'est alors seulement que nous pourrons compter, et c'est, nous le savons, ainsi que veulent compter les bons observateurs. Ce que l'on appelle empirisme est une route incertaine dans laquelle errent des aveugles.

Tubercules pulmonaires.

Les cas de tubercules pulmonaires qui se sont présentés à la Pitié, ont offert de l'intérêt sous le rapport de la nature, du diagnostic, des complications et du traitement de ces lésions organiques.

Mode de formation des tubercules pulmonaires.

Sous le rapport de la nature des tubercules, le fait cité dans la *Lancette* par M. Balme Dugaray (14 juin 1832) mérite d'être rappelé. Sangelas, homme athlétique, âgé de 28

ans, jouissant avant d'une santé parfaite, est tout-à-coup atteint des symptômes de la fièvre inflammatoire. On lui pratique en ville une saignée. Entré à l'hôpital sept jours après, il meurt le dixième jour, et alors on trouve dans les poumons, et plutôt au centre qu'à la circonférence, d'innombrables foyers contenant : les uns une substance très analogue à la couënne inflammatoire du sang, les autres un fluide semblable à du pus consistant, et les autres enfin, des productions qui ne différaient en rien des tubercules. Ces foyers auraient pu contenir un grain de chenevis. Du tissu pulmonaire, atteint de pneumonie au premier ou au deuxième degré, les entourait, et il semblait que l'œil pouvait suivre, en comparant entre elles ces diverses productions anormales, l'endurcissement de la couënne et du pus jusqu'à la consistance tuberculeuse. Il y avait du reste deux tubercules plus durs et plus anciens, et une petite caverne chacune du volume d'un gros pois au sommet du poumon droit.

M. le professeur Andral a cité deux cas de mort à la suite de la phthisie ; dans l'un le malade périt en trois semaines, et dans l'autre en trente-cinq jours. Il s'agissait probablement dans ces cas de ramollissement de tubercules préexistans. Chez notre malade, qui périt en dix jours, on a pour ainsi dire assisté à la formation d'innombrables tubercules, suites évidentes d'une pneumonie qui a causé la mort. Il semblerait difficile d'admettre que dans ce cas les tubercules n'aient pas été la suite de la phlegmasie du poumon. Toutefois, avouons qu'il y a eu ici une forme spéciale de la pneumonie ; que celle-ci était lobulaire ; que du tissu pulmonaire sain séparait les petites masses de parenchyme enflammé au centre desquelles se trouvaient les foyers d'apparence couënneuse, purulente ou tuberculeuse ; qu'il y avait une petite caverne dans le poumon droit, et que la résorption du pus contenu dans celle-ci pouvait bien avoir eu quelque influence sur la forme de cette pneumonie. Notons ici que l'expectoration avait été nulle, et que des foyers multipliés se trouvèrent dans les poumons. Tout porte à penser que ceux-ci furent la conséquence des crachats qui séjournèrent

dans les vésicules bronchiques, et y subirent des altérations successives.

Premier degré du cancer du poumon.

Le fait suivant peut être avantageusement rapproché de celui-ci. Une vieille femme mourut récemment à la Salpêtrière des suites d'un fongus cancéreux qui avait atteint la paupière supérieure droite. Des fongus semblables se retrouvèrent à la mort, l'un près de l'orifice pylorique de l'estomac, l'autre naissait du fond de l'utérus, et un polype vésiculaire existait sur le cornet moyen des fosses nasales. Une pneumonie avait hâté la mort de cette femme. Le poumon gauche, près de sa racine, dur, pesant, non crépitant, présentait une coloration d'un blanc grisâtre ; ce n'était pas la teinte de l'hépatisation grise, mais bien plutôt celle du squirrhe ; les marbrures noires du poumon étaient conservées. Un peu de fluide se retrouvait dans les aréoles pulmonaires. Sur certains points il avait l'apparence de la colle de poisson à consistance de gelée, et par la pression il sortait de quelques bronches avec cette apparence. Un degré de consistance de plus aurait donné à toute cette portion du poumon l'aspect squirrheux. Il aurait peut-être suffi pour cela de quelques jours de vie de plus. Chez cette femme cancérée la pneumonie chronique avait pris la forme et l'apparence du cancer. M. le docteur Sichel, qui s'occupe avec beaucoup de succès des maladies des yeux, a disséqué cette pièce anatomique avec le plus grand soin.

Tubercules chez des vieillards à la suite de la pneumonie hypostatique.

Sur sept ou huit nécropsies faites à la Pitié, dans lesquelles se rencontrèrent des tubercules, deux eurent lieu sur des cadavres de vieillards. Nous en avions aussi trouvé à la Salpêtrière plusfréquemment qu'on n'aurait pu s'y attendre chez des gens âgés. C'était surtout vers la partie du poumon déclive dans le coucher snr le dos qu'on les rencontrait, et par conséquent dans les mêmes parties où a lieu la pneumonie hypostatique. Celle-ci coexistait chez ces sujets, datait de

plusieurs semaines, quelquefois de plusieurs mois, était souvent parvenue au deuxième degré sur quelques points, au troisième dans d'autres, et elle semblait avoir été la cause productrice des tubercules, si rares à un âge avancé.

Valeur relative des signes anatomiques dans la phthisie.

Sous le rapport du diagnostic, nous avons trouvé chez nos malades phthisiques l'ordre suivant dans la valeur relative des signes anatomiques : 1° la matité et la résistance au doigt qui faisaient juger à coup sûr que le corps qu'on percutait dans le thorax était solide et dur. Dans un cas où l'un des poumons était seul malade, on limita à l'extérieur avec une grande précision, sanctionnée par la nécropsie, les endroits où la lésion commençait et ceux où le poumon était sain. 2° le gargouillement qui, dans tous les cas, a annoncé d'une manière positive l'existence de cavernes; 3° le bruit humorique de la percussion, qui s'est rencontré dans trois cas, et que la nécropsie a démontré être en rapport avec des cavités dans le poumon; 4° la respiration et la toux caverneuses qui ont été aussi entendues dans des cavernes; 5° la bronchophonie et la pectoriloquie enfin; mais celles-ci ont été bien moins certaines, car la première avait souvent lieu quand les poumons n'étaient pas indurés, et on a pu saisir la seconde quand il n'existait pas de cavernes, et lorsque des bronches d'un certain calibre étaient entourées par du tissu pulmonaire consistant. Déjà M. le professeur Cruveilhier avait dit que la pectoriloquie pouvait se faire entendre dans l'hépatisation du poumon, et plusieurs faits portent à croire que c'est surtout lorsque les cavernes sont entourées d'une masse indurée que la voix arrive à l'oreille de la manière la plus parfaite.

Diagnostic de la pneumonie centrale.

Chez Sangelas, la percussion fit diagnostiquer, sinon les tubercules, du moins que la pneumonie était centrale, et voici comment : La percussion médiate du thorax en ar-

rière, exécutée légèrement, donnait au doigt de la sonoréité et de l'élasticité, donc il y avait là de l'air; mais, faite avec force, elle obtenait de la matité et un certain degré de résistance au doigt, donc, profondément, le poumon était plus dur. L'auscultation et l'expectoration avaient été ici en défaut, car on ne put bien saisir le râle crépitant profond qu'on soupçonnait et qu'on recherchait avec soin, et les crachats étaient nuls. On a vu précédemment quel fut le résultat de cette nécropsie.

Complications de lésions variées avec les tubercules.

Sous le rapport des complications, nous citerons d'abord plusieurs cas de pneumonie qui ont frappé les parties du poumon qui entouraient les masses tuberculeuses, et qui tantôt cédaient à des antiphlogistiques, tandis que d'autres fois elles laissaient à leur suite un engorgement plus considérable que celui qui existait d'abord (fait de plus à l'appui de l'opinion qui consiste à voir souvent dans les tubercules un effet de l'irritation phlegmasique). Nous noterons encore plusieurs épanchemens pleurétiques parmi lesquels il y en eut de traités avec succès; un cas de pneumo-thorax sur lequel nous reviendrons plus tard; une angine d'apparence diphtérique présentant ensuite de nombreuses ulcérations de la membrane buccale chez un sujet dont les intestins présentaient des lésions analogues; des entérites tuberculeuses et revêtissant la forme cholérique de l'épidémie régnante; la tympanite intestinale hâtant la mort, et combattue avec succès dans un cas par le cathétérisme du rectum; une hypertrophie de la substance jaune du foie (Andral), avec une ascite consécutive reconnue dès le début par la percussion médiate; un ramollissement cérébral enfin dont nous parlerons plus tard.

Traitement des phthisiques à la Pitié.

Le traitement a été dirigé de la manière suivante: D'abord nous songions à combattre les pneumonies avec énergie, per-

suadés que nous étions qu'en les négligeant, à quelque faible degré quelles fussent, nous ne nous opposions pas à la formation possible des tubercules Il y a tout lieu de penser que si Sangelas avait été abondamment saigné les premiers jours, et que si l'on avait alors provoqué l'expectoration, la maladie n'aurait pas suivi la marche terrible qu'elle a prise ensuite.

Cas où il n'y avait que de la matité.

Quand il n'y avait que de la matité, de quelque époque que datassent les symptômes fonctionnels, si les forces et l'état des digestions le permettaient, on tentait les saignées générales et locales, les vésicatoires; on administrait aussi avec beaucoup de précautions l'eau iodée à la dose d'un grain par pinte, mais on n'en a tiré aucun parti. Certes on n'oserait pas affirmer avoir guéri de tubercules à l'état cru, mais on peut assurer que dans quatre cas les symptômes généraux de la phthisie commençante, fièvre nocturne, sueurs, dévoiement, toux, crachats striés de sang, etc., existans déjà depuis plusieurs semaines, et joints à de la matité dans le lobe supérieur de l'un ou des deux poumons, ont cédé aux saignées générales et aux vésicatoires, et que les malades sont sortis en apparence guéris, et ne présentant plus la matité qu'on avait d'abord reconnue.

Indications relatives aux saignées dans la phthisie.

Ce qui du reste nous guidait dans l'emploi des évacuations de sang chez les phthisiques, ou réputés tels, c'était le degré de possibilité où se trouvait le malade de pouvoir ultérieurement réparer le sang que l'on faisait perdre. Si la digestion s'exécutait encore, et si la diarrhée n'existait point, nous étions assez hardis dans l'emploi des antiphlogistiques; mais si ces symptômes avaient lieu avec quelque ténacité, nous nous donnions garde de soustraire des fluides indispensables à la vie et qui n'auraient pu être réparés.

Il en fut surtout ainsi d'un malade couché salle Saint-Jo-

seph, n° 12, et qui, toussant depuis plusieurs mois, sortit après quelques semaines de séjour dans l'hôpital.

Cas où le ramollissement des tubercules paraissait avoir lieu.

Lorsqu'à la matité se joignaient des râles, et la présence de mucosités ou de matières tuberculeuses ramollies dans les bronches, on employait, lorsque l'état du tube alimentaire le permettait, le kermès, l'oximel scillitique, ou toute autre préparation du même genre. A plus forte raison agissait-on ainsi lorsque de vastes cavernes existaient dans le poumon. L'extrait aqueux d'opium et le sirop diacode rendaient quelquefois l'expectoration plus facile. La thériaque arrêta souvent la diarrhée symptomatique, et dans un cas l'acétate de plomb, dont M. le professeur Fouquier a quelquefois tiré un excellent parti à l'intérieur, administré en frictions à l'extérieur, a supprimé les sueurs. Ce fut, il est vrai, sans résultat avantageux pour la malade, car les symptômes thoraciques et la diarrhée devinrent plus intenses.

Emploi du sulfate de quinine comme antipériodique.

Chez deux malades les paroxismes *de la fièvre continue* des phthisiques imitaient un accès d'une fièvre quotidienne. Le sulfate de quinine fut administré; il ne prévint pas leur retour. Dans d'autres cas analogues, observés antérieurement, nous avions été plus heureux, et les accès avaient été suspendus pendant quelques jours.

Beaucoup de phthisiques doivent être alimentés.

L'état du tube digestif nous a paru devoir régler l'emploi de l'alimentation. Quand la digestion se faisait bien, et qu'il n'y avait pas de dévoiement, nous donnions aux phthisiques du quart aux trois quarts de la ration des hôpitaux; et quant à la nature des alimens, nous choisissions ceux qui, dans l'état de santé, se digéraient le mieux. Nous n'avons pas eu à nous repentir du peu de sévérité que nous avons mis dans ce

régime. Tout au contraire, nous avons vu des malades rester long-temps dans un état stationnaire, qui seraient morts beaucoup plus tôt s'ils n'avaient pas été nourris, et souvent le dévoiement n'a pas empêché que nous donnassions des alimens en petite quantité. Nous les permettions toutes les fois que la diète, continuée pendant deux ou trois jours, n'arrêtait pas les selles. En permettant alors l'alimentation légère, nous avions surtout en vue deux choses : d'abord de suppléer autant que possible aux grandes évacuations qui avaient lieu, et ensuite de rendre moins active l'absorption du pus des cavernes que le vide de l'appareil circulatoire doit nécessairement rendre plus facile (Magendie).

Pleurésies.

Plusieurs cas de pleurésie ont été observés à la Pitié. Dans la plupart d'entre eux, il n'y avait que la toux qui pût faire croire que le poumon participât à la souffrance de la membrane qui le recouvre.

Cas nombreux où l'on a recannu par la percussion médiate le déplacement du liquide.

Dans le plus grand nombre de ces cas le déplacement de l'épanchement par les changemens de position du sujet fut démontré par la percussion médiate. Chez un de ces sujets, où l'épanchement était considérable, le déplacement, très prompt les premiers jours, se fit beaucoup moins rapidement plus tard. On en déduisit la conséquence que des adhérences s'établissaient entre les plèvres costale et pulmonaire, et mettaient obstacle au changement de position du liquide. De là un pronostic avantageux. La diminution dans la hauteur et dans la matité de l'épanchement, bientôt suivie de la guérison, ne se fit pas long-temps attendre.

L'égophonie est loin d'être un signe aussi certain et aussi constant qu'on le croit généralement.

Dans la plupart de ces cas l'égophonie manqua, ou ne fut

pas pure; elle n'eut lieu que chez les sujets à voix grêle; et quelques femmes, dont la voix avait naturellement ce dernier caractère, bien qu'elles n'eussent pas d'épanchement thoracique, présentaient l'égophonie lorsqu'on portait l'oreille sur les parois du thorax. Les hommes à voix forte et mâle n'offraient pas ce symptôme dans la pleurésie; quelquefois seulement on entendait, en les faisant parler, la voix de polichinelle. On exagère en général la valeur de l'égophonie comme signe des épanchemens pleurétiques, et il est un autre caractère stéthoscopique sur lequel on n'insiste pas assez; ce caractère est le suivant :

Autres signes stéthoscopiques d'une grande importance.

L'auscultation de la poitrine, au-dessous du niveau de l'épanchement dans la pleurésie, pour peu qu'il soit considérable, ne fait pas entendre de respiration. Si on change alors le sujet de position, de telle sorte que le liquide glisse vers un autre point du thorax, la respiration vésiculaire reparaît là où il était impossible de la saisir. Celle-ci cesse de nouveau aussitôt qu'on a replacé le malade dans sa première attitude.

Application des faits précédens à la coexistence des affections du poumon et de la plèvre.

La connaissance de ce fait peut aussi conduire à juger de l'état du poumon situé au-dessous d'un épanchement pleurétique. Pour cela, il suffit de faire déplacer l'épanchement en changeant l'attitude du malade, et d'ausculter dans l'intention de savoir si l'on entendra alors la crépitation, des râles muqueux, la bronchophonie, etc. N'oublions pas cependant qu'une portion de poumon comprimée par un épanchement pleurétique, et qu'on vient à dilater par l'insufflation, fait entendre un bruit très semblable à la crépitation de la pneumonie, et cela, bien qu'il n'y ait aucun liquide dans les voies aériennes. (Du procédé opératoire à suivre dans la percussion médiate, p. 83)

Indications dans la pleurésie aiguë.

Le traitement de la pleurésie aiguë sur des sujets robustes nous a paru reposer sur les indications suivantes : 1° remédier à l'état plastique du sang qui favorise ou détermine la formation des membranes accidentelles ; de là l'emploi des saignées générales et des boissons aqueuses; 2° combattre l'irritation locale, et dans cette intention, avoir recours à des applications nombreuses et réitérées de sangsues; 3° chercher plus tard à établir une utile dérivation, et par suite de cette idée, appliquer sur le côté douloureux des vésicatoires dans une grande largeur; 4° chercher, à cette période de la maladie, à soustraire de la sérosité au sang pour faciliter la résorption du fluide épanché; de là la diminution dans la quantité des boissons ingérées et l'application réitérée de ces mêmes vésicatoires, à la bulle desquels on faisait une moucheture pour faire évacuer le liquide et qu'on laissait cicatriser, en même temps qu'au voisinage on en appliquait un nouveau.

Chez les sujets qui avaient peu de sang, on était beaucoup plus réservé sur l'emploi des saignées; il en était surtout ainsi chez les individus où la pleurésie paraissait être symptomatique d'une lésion grave et au-dessus des ressources de l'art.

Résultat de ce traitement. Utilité des vésicatoires.

Ce traitement eut les plus heureux résultats. Presque tous nos pleurétiques guérirent avec promptitude. Il aurait été difficile de mettre en doute l'influence des saignées et des vésicatoires, quand du jour au lendemain de leur emploi, on s'assurait par la percussion médiate de la diminution d'un pouce ou deux dans la hauteur du liquide. Nous avons même vu des cas où l'épanchement symptomatique d'une maladie du poumon ou du cœur, a diminué et a même disparu sous l'influence des vésicatoires. Tel fut surtout le cas d'une jeune fille anémique : Simon Marie, âgée de 17 ans, qui n'était pas réglée, portait une induration du sommet du poumon

gauche, avait un épanchement pleurétique du même côté ; elle fut soumise, à cause de la décoloration du sang, au tritoxide de fer, eut plusieurs applications de vésicatoires sur le côté, et sortit de l'hôpital après un mois et demi de séjour, n'ayant plus de liquide dans la plèvre, conservant de la matité au sommet du poumon, et ayant repris des forces et de la coloration.

Emploi de la sonde-siphon dans l'empyéme.

Nous n'avons pas observé à la Pitié de pleurésie chronique primitive. Dans les cas où elle donnerait lieu à un grand épanchement, on pourrait se servir probablement avec beaucoup d'avantage de la sonde-syphon que nous avons mise en usage pour l'ascite ; mais nous croyons qu'il ne faut, en général, pratiquer l'empyème qu'après s'être assuré par le changement de position du sujet et par la percussion que le liquide change de place, et après avoir constaté par l'auscultation combinée avec le moyen précédent, que le poumon est apte à respirer; qu'il ne faut pas surtout attendre pour pratiquer l'empyème que des râles et le défaut d'expectoration annoncent que l'asphyxie par l'écume bronchique va survenir.

Des cas d'hydrothorax qui se sont présentés à la Pitié, le seul remarquable est celui d'un jeune homme de 16 ans, qui, atteint d'une angine, et probablement d'une éruption scarlatineuse trois semaines auparavant, arriva le 10 mai à l'hôpital avec un œdème général et une coloration bleuâtre de la face. Le plessimètre fit reconnaître d'une manière très manifeste un épanchement dans les deux plèvres et dans le péritoine. Le déplacement fut ici des plus évidens. Sous l'influence d'une saignée, de frictions alcooliques, de boissons chaudes à petites doses fréquemment réitérées, et d'une chaleur artificielle provoquée par des couvertures chaudes, les signes des épanchemens et de la bouffissure se dissipèrent en six jours.

Etat du cœur sur le cadavre.

Le volume du cœur sur les cadavres des malades qui ont

succombé était singulièrement modifié par le genre et par la promptitude de la mort. Dans l'asphyxie par l'écume bronchique, les cavités droites, et même les gauches, contenaient abondamment du sang noir. Si l'agonie avait été longue, les cavités étaient distendues et souvent amincies ; c'était la dilatation avec amincissement des auteurs. Si la mort était rapidement survenue, la distension était moindre et le cœur plus épais ; c'était quelquefois une nuance, faible il est vrai, de dilatation et d'hypertrophie. Si l'asphyxie par l'écume bronchique avait envahi rapidement la plus grande partie du poumon, les cavités droites étaient extrêmement dilatées, et il n'y avait rien de semblable à gauche. Si l'obstacle au passage de l'air n'avait eu lieu que dans une partie circonscrite des lobes pulmonaires, la dilatation semblait exister à droite et à gauche. Lorsque la mort avait été la suite de l'anémie et de la syncope, les cavités gauches étaient effacées et revenues sur elles-mêmes ; alors les parois, si le sujet avait les muscles du tronc et des membres développés, étaient en même temps épaisses (hypertrophie concentrique) ; si la mort avait été rapide, il y avait en même temps de la dureté dans le tissu du cœur ; si elle avait été lente, le contraire avait lieu. En outre, chez les vieillards, le cœur était (toutes circonstances égales d'ailleurs) plus mou que chez les jeunes sujets.

Expériences sur le cœur des cadavres.

Si l'on prenait un cœur atteint d'hypertrophie concentrique, et si on le pétrissait entre les doigts, si après lui avoir ainsi fait perdre une partie de sa rigidité, on cherchait à le dilater par des tractions et par une distension graduées, on voyait que l'hypertrophie était bien moins marquée en effet qu'on ne l'aurait cru d'abord, et on rendait en partie les dimensions naturelles à sa cavité.

D'un autre côté, en vidant des cœurs dilatés et amincis, ils semblaient ne plus avoir que les dimensions d'épaisseur et de capacité ordinaires. Ces expériences, faites sur l'homme à la Pitié, et depuis à la Salpêtrière, correspondaient entièrement à des expériences et à des observations cadavériques

faites sur des chiens qui avaient succombé à diverses espèces de mort violente.

Inductions tirées de ces faits.

Ces faits portent à penser : 1° que la manière dont la respiration s'exécute dans les derniers temps de la vie, a la plus grande influence sur l'aspect du cœur après la mort; que la promptitude ou la lenteur de l'agonie, que les quantités de sang contenues dans l'appareil circulatoire des cadavres ont une influence non moins grande sur l'apparence de dilatation ou de resserrement des cavités du cœur; qu'il est difficile de se faire une juste idée de l'état du cœur avant l'agonie par celui où l'on trouve cet organe lors de la nécropsie; qu'il faut avoir une grande habitude d'examiner le cœur sur le cadavre, comme l'avaient Corvisart et Laënnec, et avoir fait autant d'ouvertures que MM. Andral et Bouillaud, pour distinguer toujours ce qui, dans l'état de dilatation ou dans l'hypertrophie, appartient à l'agonie, et ce qui dépend d'une lésion qui y a préexisté; qu'il faut, même sous le rapport de la dureté et de la mollesse du cœur, avoir égard au genre, à la promptitude de la mort, à la rigidité cadavérique et à l'âge des sujets qu'on examine; que des variations d'une ou deux lignes d'épaisseur peuvent ne point dépendre d'une lésion ancienne et chronique; que la dilatation avec hypertrophie est un des états du cœur où l'erreur est la moins facile, et qu'un des meilleurs moyens de juger du volume réel de cet organe serait de le peser lorsqu'il est bien vidé de sang, en ayant en même temps égard à la dimension du thorax et au développement des muscles en général.

Variations pendant la vie dans le volume du cœur.

Nos malades ont présenté les plus grandes variations dans le volume du cœur. La gêne de la respiration, les râles dans une grande étendue du poumon en rapport avec des mucosités dans les bronches ou dans les vésicules, étaient promptement suivis de dilatation des cavités droites; la pléthore occa-

sionnait un accroissemant de volume des cavités gauches. La saignée et le retour de la respiration à l'état normal rendaient au cœur son volume ordinaire. L'appréciation de ces faits ne pouvait guère être sujette à erreur, car puisque les mesures plessimétriques sont si exactes sur le cadavre, pourquoi tromperaient-elles sur le vivant ?

Cas qui nous paraissaient mériter le nom de maladies du cœur.

On ne considérait comme maladies du cœur que celles dans lesquelles les altérations de volume ou de densité, les modifications anormales dans les bruits avaient de la persistance; et alors la nécropsie venait trop souvent sanctionner le diagnostic. C'est en rapprochant les faits plessimétriques et stéthoscopiques observés sur le vivant de l'examen minutieux des organes des cadavres, que l'on arrivera à des connaissances positives sur les cas morbides de dilatation et de densité du cœur.

Concrétions couenneuses dans le cœur.

En général, plus l'asphyxie était lente, et plus les concrétions couënneuses dans les cavités du cœur étaient épaisses ; nouveau fait à ajouter à ceux de Laënnec pour prouver qu'elles peuvent se former pendant la vie. Chez une malade de la Salpétrière où le bruit de soufflet dans le cœur et non dans les vaisseaux (Bouillaud) était manifeste, il y avait dans le cœur gauche une production couenneuse très épaisse et très-adhérente, et il n'y avait pas de rétrécissement dans les orifices.

Bruits produits dans les canaux par les liquides qui les parcourent.

Relativement à l'explication des bruits du cœur et des vaisseaux, et à l'appréciation des circonstances qui y donnent lieu, les faits suivans, que M. le professeur Pelletan a bien voulu nous communiquer, méritent toute attention.

Lorsqu'un liquide se meut avec une vitesse quelconque

dans un canal dont la surface interne est lisse, on ne perçoit à l'extérieur aucune espèce de bruit.

Il n'en est pas de même lorsque la surface interne est inégale ou qu'elle présente des saillies plus ou moins prononcées; on perçoit alors à l'extérieur un bruit d'une nature particulière, qui serait assez bien dépeint par l'expression de bruissement.

Lorsque le canal est solide, métallique par exemple, indépendamment du bruit qui peut être perçu à distance, mais qui paraît très fort par une auscultation immédiate ou médiate, on sent encore par l'application du pied ou de la main un mouvement de vibration dans les parois du tuyau.

Ces effets se produisent avec beaucoup d'intensité lorsque le mouvement du liquide est rapide; on les observe très bien dans les tuyaux de cuir ou de toile des pompes à incendie.

Le genre de vibrations que nous venons d'indiquer devient très considérable dans les cas de rétrécissement brusque des canaux, et lorsque le liquide rencontre des obstacles situés en travers du canal.

Les bruits qui se produisent dans des canaux où un liquide circule, se transmettent à une grande distance le long du canal, soit par l'intermède de ses parois solides, soit par la veine liquide elle-même.

Ces faits sont entièrement en rapport avec les résultats des expériences que j'avais faites sur les bruits produits dans les artères. Seulement je ne me suis pas assuré si les tubes dont je me suis servi étaient lisses ou non à leur surface interne. (Procédé opérat., p. 105.) Ils prouvent combien Laënnec avait été induit en erreur, lorsqu'il attribuait à une contraction vitale les bruits qu'il entendait dans les vaisseaux.

Causes organiques des maladies du cœur.

A la Pitié comme à la Salpétrière, des cas assez nombreux d'hypertrophie et de dilatation se sont présentés, où l'on ne trouvait pas dans le calibre des vaisseaux et dans le diamètre des ouvertures du cœur de causes mécaniques capables de produire ces lésions organiques. Il faut avouer, tout en admettant, ainsi que l'ont judicieusement fait MM. Bouillaud

et Andral, que l'inflammation du cœur peut, dans certains cas être suivie de la dilatation de cet organe qu'il est bon de tenir compte de quelques causes qui agissent mécaniquement et déterminent ou favorisent cette dilatation: 1° le défaut de respiration dans une partie des vésicules pulmonaires par des mucosités qui les bouchent réquemment; de là circulation moins facile, action plus énergique du cœur etc. C'est ainsi qu'un rhume, une pneumonie sont si souvent des causes de maladie du cœur; et voilà pourquoi on voit à la Salpêtrière tant d'hypertrophies et de dilatations en hiver, quand les bronchites se déclarent, et pourquoi on en rencontre si peu en été. 2° l'obésité et le développement anormal de l'abdomen, qui est plus souvent ici cause qu'effet. Chez ces sujets le diaphragme s'abaisse avec peine, la respiration est gênée, et de là une influence fâcheuse sur l'organe central de la circulation. Rien n'est fréquent, en effet, comme une augmentation de volume du cœur chez les hommes à abdomen volumineux. 3° La longueur et la petitesse des membres; alors le cœur, pour que la circulation se fasse, doit déplacer une colonne de sang considérable, et qui, refroidie vers les extrémités à cause de la ténuité des membres, est, par cela même, moins apte à circuler. Tel était le cas d'un jeune homme que MM. Bourdois de la Mothe, Hedelhofer et moi nous vîmes en consultation, etc. L'étude de certaines causes qui n'influent pas sur le traitement peut être négligée, mais celle des causes organiques se rallie entièrement à la corrélation des symptômes, et par conséquent est la source de toute bonne indication thérapeutique.

Isochronisme des battemens du cœur et des artères.

Dans un cas, on a eu l'occasion à la clinique de la Pitié de juger de l'isochronisme des battemens du cœur et des artères. Un homme robuste, atteint de quelques symptômes d'entérite typhoïde qui cédèrent à des évacuations sanguines, avait le pouls large, fort, qui ne battait que quarante fois par minute: or, il y avait ici un isochronisme à peu près parfait entre le choc du ventricule sur les parois costales et les pul-

sations artérielles. Seulement il semblait que le pouls suivît immédiatement le battement du cœur plutôt que d'avoir lieu tout-à-fait en même temps. Chez ce sujet les artères carotides et la pédieuse se dilataient et se resserraient en même temps.

Variations dans les signes stéthoscopiques quand l'état du cœur ne change pas.

Bien souvent les symptômes stéthoscopiques donnés par le cœur variaient d'un jour à l'autre. Il en était ainsi de l'impulsion, de l'étendue, des bruits, du rhythme, qu'une saignée, du repos, des impressions morales, etc., modifiaient promptement; c'était ce que Laënnec avait observé, et c'est aussi l'un des faits qui prouvent le plus que dans beaucoup de cas on ne peut exactement juger par les signes stéthoscopiques des dimensions et de l'épaisseur du cœur. Souvent, en effet, quand l'état organique de ce viscère ne varie pas d'une manière appréciable, les signes stéthoscopiques sont sujets à de grandes anomalies. Il faut donc que ceux-ci n'indiquent pas à coup sûr la disposition physique. La force dans les battemens du cœur décide tout aussi souvent de l'intensité et de l'étendue des bruits cardiaques, que l'hypertrophie et la dilatation des parois ventriculaires ou auriculaires. La mensuration plessimétrique de l'organe central de la circulation donne dans ces cas des résultats toujours identiques quand l'état organique reste le même.

Diagnostic de la dilatation du cœur et de certains cas de pneumonie.

Dans un cas récemment observé, une vieille femme éprouva pendant la durée d'une bronchite des symptômes graves du côté du cœur et de l'appareil circulatoire. Une matité insolite se trouvait à gauche du cœur et s'étendait dans la largeur de 7 pouces, à partir du bord gauche du sternum; plus postérieurement le son redevenait clair. La percussion pratiquée sur le cadavre conduisit aux mêmes résultats, seulement la matité était alors accompagnée de résistance au

doigt. Le râle crépitant observé pendant la vie sur le point où la matité se trouvait, empêcha de confondre la pneumonie dont il s'agissait ici avec une hypertrophie du cœur; mais si cette affection fût arrivée à un tel degré que ce râle n'eût plus été entendu, comment aurait-on pu parvenir à établir un diagnostic exact ? La bronchophonie existe bien rarement sur un point aussi éloigné des grosses bronches, et le poumon induré communique les bruits du cœur. (Laënnec.)

Voici quelques signes qui, dans des cas semblables, feraient éviter l'erreur. D'abord, s'il s'agissait de l'hypertrophie du cœur, on entendrait par la percussisn superficielle que le poumon serait entre le cœur et les parois, et par l'auscultation, que la respiration serait vésiculaire; ensuite, en faisant coucher le malade sur le côté droit et en arrière, le cœur, en vertu de son propre poids, s'éloignerait des côtes, permettrait à une lame plus épaisse de poumon de s'interposer entre elles et le cœur, la percussion et l'auscultation pourraient alors reconnaître cette lame pulmonaire ainsi interposée. D'ailleurs la matité reparaîtrait aussitôt que le sujet serait de nouveau couché sur le côté droit ou incliné en avant. S'il s'agissait de la pneumonie, la partie indurée ne cesserait pas, quelle que soit la position, d'être en contact avec les parois thoraciques.

Diagnostic de l'hydropéricarde.

Il est aussi un moyen de reconnaître par le changement de position du sujet et par la percussion des quantités peu considérables de liquide dans le péricarde. Ce moyen, qui, dans un cas, a fait regarder comme probable une légère accumulation de sérosité dans l'enveloppe fibro-séreuse du cœur, consiste à perculer le sternum dans deux positions successives du malade, d'abord en le faisant placer sur le dos, et en lui recommandant ensuite d'incliner fortement le tronc sur le côté droit. On sait que d'après mes recherches cadavériques, et des faits postérieurement recueillis sur le vivant, la partie supérieure de la région sous-sternale, dans le cas d'hydropéricardite très considérable, donne lieu à de la

matité, tandis que dans l'état sain la sonorité y est parfaite. Eh bien, lorsque la collection de liquide se borne à la quantité de quelques onces, il est possible, en faisant coucher le malade sur le côté droit, et avant de faire tomber le fluide épanché à la partie supérieure et droite de la région sous-sternale, et avec de l'habitude, de le retrouver par la percussion. Pour que ce signe ait de la valeur, il faut plusieurs fois faire changer la position du malade et comparer minutieusement les résultats plessimétriques que l'on obtient successivement. Des recherches aussi délicates doivent être faites sur la plaque d'ivoire, et non avec le doigt.

Anévrismes limités par la percussion.

Ces changemens alternatifs de position et ces recherches de percussion pourraient-ils être utiles pour établir un diagnostic précis des anévrismes de l'aorte pectorale ou du tronc innominé ? Probablement les battemens deviendraient plus apparens, et la matité produite par l'anévrisme serait rendue plus évidente en faisant coucher le malade sur le ventre, ou du moins en inclinant son corps en avant.

Dans un cas d'anévrisme de l'aorte pectorale, il a suffi de percuter le thorax d'un sujet couché sur le dos pour tracer à l'extérieur du cadavre des lignes qui circonscrivaient exactement la tumeur anévrismale. La main et l'oreille avaient distinctement senti, pendant la vie, des battemens doubles. (*V*. tom. v, n° 104 de *la Lancette*.)

Les battemens doubles peuvent être produits dans des tumeurs anévrismales.

Un autre malade présentait absolument les mêmes symptômes par la percussion, mais on les retrouvait dans une plus vaste étendue. La matité avait son siége à droite du sternum, au-dessous de la clavicule droite. La percussion plessimétrique, très légère, faisait distinguer au centre et dans la largeur de la paume de la main, de la résistance au doigt. A l'entour

se trouvaient de l'élasticité et de la sonoréité en rapport avec une lame de poumon interposée entre la tumeur et les parois. Plus en dehors encore, la résonnance du poumon se faisait entendre à toute profondeur. Sur les points où se retrouvait le poumon, la respiration était vésiculaire, et un battement *double* avec bruit de soufflet se rencontrait au centre de la tumeur. Etait-ce le cœur seul qui produisait ce battement ? Non sans doute, car le plessimètre et le stéthoscope faisaient reconnaître à sa place accoutumée le cœur hypertrophié, et donnant lieu à un bruit de soufflet différent et très marque. Cet organe était situé à une grande distance de l'endroit où les pulsations de la tumeur étaient perçues. On trouva par la percussion que l'oreillette droite dilatée s'étendait entre cette tumeur et le foie, qu'elle touchait à la première, et devait par conséquent lui communiquer un bruit sonore qui, réuni au sien propre, devait donner lieu à un battement double. Ainsi de ce qu'on entendra un battement double dans une tumeur pectorale, il n'en faudra pas toujours déduire qu'il s'agira du cœur et non pas d'une dilatation de l'artère ; et avant de porter son jugement, il sera indispensable de tenir compte des rapports de cette tumeur avec le centre circulatoire

Traitement des maladies du cœur en rapport avec leurs causes

Le traitement de nos malades atteints d'affections du cœur a correspondu à l'état organique soupçonné ou reconnu. Quand les symptômes paraissaient dépendre d'une bronchite ou de spumosités contenues dans les bronches, ou de la pneumonie hypostatique, c'était vers ces états organiques que le traitement était dirigé ; les saignées générales ou locales, les expectorans, les vésicatoires, etc., étaient employés dans cette intention. Quand on pensait qu'une conformation vicieuse du thorax, un développement considérable de l'abdomen, étaient pour quelque chose dans les accidens, il fallait bien faire souvent la médecine d'expectation. Quand une surexcitation de l'appareil circulatoire et de la douleur faisaient craindre une inflammation des vaisseaux, on songeait aux saignées géné-

rales; on étudiait aussi les complications; toutes les fois que l'estomac et les intestins étaient irrités, on se gardait d'employer les vomitifs, les drastiques, parce qu'on savait que la stase veineuse qui existe dans le tube digestif des anévrismatiques, passe quelquefois avec rapidité à un état phlegmasique ou hémorrhagique grave, etc. etc.; et l'on se donnait gardé d'exténuer par la diarrhée qu'auraient provoquée des purgatifs énergiques, des hommes qui portaient des ascites incurables, puisqu'elles étaient liées à un état irremédiable du cœur.

Utilité des saignées dans les maladies du cœur, suites de rétrécissemens vasculaires.

Quand on avait de très fortes raisons de soupçonner un rétrécissement de l'un des orifices du cœur, on ne cherchait pas à guérir l'hypertrophie; on aurait cru faire plus de mal que de bien en ôtant aux ventricules la force nécessaire pour surmonter l'obstacle. On cherchait à faciliter le cours du sang et à ne pas exténuer. On faisait de larges saignées quand l'intensité des symptômes l'exigeait, et l'on n'a pas eu l'occasion de s'en repentir; mais on ne faisait couler le sang qu'en observant les effets que la perte de ce liquide avait actuellement sur la circulation et sur les forces du malade placé d'ailleurs dans l'attitude assise. S'il survenait une syncope, à l'instant le malade était étendu horizontalement sur son lit, et avec ces précautions les accidens cessaient. On a porté les saignées quelquefois à deux livres sans le moindre inconvénient, et l'on n'a pas eu à craindre l'extrême faiblesse et la syncope, ou la coagulation du sang redoutée par Hogdson. Ce n'est le plus souvent que par de larges saignées qu'on soulage dans les maladies du cœur, suites de rétrécissement des orifices.

Régime analeptique combiné avec les évacuations sanguines.

Dans ces cas, et lorsque le tube digestif était sain, on don-

nait en même temps des alimens nutritifs, et souvent à des doses assez élevées. Il n'y a jamais eu d'indigestion; les accidens ont été le plus souvent long-temps à reparaître. C'est une chose remarquable que de voir, dans ces cas, la digestion se faire mieux après des saignées, tandis que chez des hommes ou des animaux bien portans, une évacuation de sang suspend quelquefois l'appétit d'une manière très brusque. Cela tient sans doute, dans les cas précités, à la difficulté de la circulation avant la perte de sang, et à la facilité de cette fonction après la phlébotomie.

Emploi de la digitale dans les cas d'hypertrophie avec dilatation.

La digitale n'a eu rien de constant dans ses effets. Elle n'a été donnée que dans des cas d'hypertrophie avec dilatation. On peut dire de son emploi, relativement à son influence sur le ralentissement dans l'action du cœur, tout ce qui se rapporte au danger de trop affaiblir par les saignées lorsqu'il y a des obstacles au cours du sang. Donner la digitale dans la dilatation des cavités droites, c'est souvent s'exposer à rendre plus lentes des contractions du cœur, dont la faiblesse ne peut être compensée que par la fréquence. Déjà M. Andral avait remarqué que la digitale ne pouvait convenir que dans l'hypertrophie, et que son action n'était rien moins que constante.

Observation remarquable d'angine de poitrine.

Une femme âgée entra à la clinique de la Pitié, présentant les symptômes et les signes physiques de l'hypertrophie avec dilatation des cavités gauches du cœur. Elle ressentait en outre, et depuis long-temps, dans l'épaule gauche, des douleurs intolérables qui s'étendaient comme un trait dans le bras jusqu'aux doigts, dans tout le côté gauche du thorax, et qui produisaient alors un sentiment de constriction dans le cœur, et une menace de suffocation. Ces douleurs ressemblaient parfaitement, pour le caractère, à celles que l'on

éprouve lorsqu'on se heurte le nerf cubital au coude. Il y avait des paroxismes pendant la nuit, mais on ne remarquait pas d'intermittence franche. Des saignées générales calmèrent les accidens du côté du cœur, qui diminua à peine de volume. Des antispasmodiques, des narcotiques à l'extérieur et à l'intérieur, l'hydrochlorate de morphine par la méthode endermique, furent sans efficacité, et l'on se décida à appliquer trente sangsues au voisinage de l'épaule et de l'aisselle, d'où la douleur névralgique paraissait partir. Celle-ci fut soulagée, mais un érysipèle considérable survint à l'entour des piqûres de sangsues; il s'étendit peu à peu, et d'un jour à l'autre, sur le bras, la poitrine, le cou, la face, le cuir chevelu; il forma en quelques jours une grande surface rouge tuméfiée, très douloureuse, et séparée des points où la peau était encore saine, par un limbe plus rouge encore. Cataplasmes à nu, fomentations, vésicatoire sur le centre de la maladie d'après la méthode de M. le professeur Dupuytren; méthode dont nous nous sommes ailleurs si bien trouvés: rien ne réussit. D'ailleurs les mucosités se déposèrent dans les bronches, le cœur se dilata de plus en plus, et la mort par asphyxie survint.

Nécropsie.

A la mort, les veines du cerveau étaient gorgés de sang noir, le cœur gauche hypertrophié et dilaté, le droit très distendu par du sang; il n'y avait pas plus d'ossification dans les orifices du cœur que dans l'artère coronaire; le poumon était crépitant, très volumineux, gorgé de sang veineux, les bronches remplies d'écume; on trouva un peu de sérosité dans la plèvre et le péricarde; les nerfs du plexus brachial, du bras, du cou et des parois thoraciques, disséqués avec le plus grand soin, n'offrirent aucune lésion anatomique en rapport avec la névralgie dont ils avaient été le siége. Les articulations et les muscles du bras gauche étaient intacts.

Pléthore sanguine; fièvre inflammatoire.

Plusieurs malades se sont présentés avec l'ensemble des

symptômes assignés par Pinel à la fièvre angéioténique; face et capillaires rouges, pouls plein et fort, langue vermeille au-dessous des enduits, chaleur halitueuse; le foie gros mais non douloureux, le cœur volumineux et les poumons peu sonores; la circulation veineuse se faisant avec une grande rapididé. Il n'y avait pas d'autre symptôme gastrique que du défaut d'appétit, et aucun organe ne paraissait plus enflammé que les autres; seulement les amygdales étaient souvent gonflées et douloureuses; mais la réaction générale coexistante était beaucoup plus forte que ne le comportait cette affection locale. Une forte saignée pratiquée le matin, était suivie le soir, bien que la maladie datât de plusieurs jours, de la disparition presque complète des symptômes. Le sang était riche en couleur, et quelquefois couenneux. Or, ces accidens ont paru être la conséquence de la pléthore des anciens, de l'hypérémie simple de M. Andral, et l'inflammation de l'amygdale semblait être un des résultats de ce trop de sang.

Amygdalite, dans quelques cas conséquence de la pléthore.

C'est une chose qui n'a pas sans doute échappé aux praticiens, que la pléthore a souvent pour premier symptôme l'irritation et la congestion des amygdales; ainsi la femme, à l'époque qui précède les règles, quelques personnes à la suite d'écarts de régime, certains sujets qui font beaucoup de sang, éprouvent d'abord de la rougeur et de la douleur à la gorge, qu'une hémorrhagie, un peu d'abstinence et une saignée dissipent promptement. Indépendamment de l'hypérémie générale, y a-t-il, dans les fièvres dites inflammatoires, congestion sanguine ou inflammation des vaisseaux eux-mêmes, comme Franck et M. le professeur Bouillaud sont disposés à le croire? C'est au moins ce qui doit avoir lieu lorsque l'état de pléthore persiste pendant quelque temps; car presque toujours un tissu long-temps congestionné finit par s'enflammer.

Cas d'anémie.

D'un autre côté, plusieurs malades se sont présentés à la Pitié dans un état d'anémie ou de défaut de sang. Cette anémie avait plusieurs variétés dont il est éminemment utile de tenir compte dans la pratique. Les caractères communs de ces variétés étaient la petitesse du pouls, la vacuité des artères et souvent des veines, le peu de volume du foie, du cœur, la sonoréité du poumon, la faiblesse générale et les syncopes dans la station ou même dans l'attitude assise.

Chacune de ces variétés avait des caractères spéciaux:

Anémie sans altération dans la couleur du sang.

Chez les uns le sang avait conservé sa couleur, les veines et les capillaires étaient encore rouges, et s'il y avait des hémorrhagies, le liquide qui s'écoulait était vermeil. Tels étaient les sujets soumis à une longue abstinence, ou qui venaient d'éprouver des hémorrhagies.

Anémie avec décoloration du sang.

Chez d'autres, l'examen des veines du dos de la main, des capillaires, des lèvres, du liquide qui s'écoulait par les hémorrhagies, faisait trouver un sang pâle et transparent à contre-jour. Telle était cette femme qui succomba à la suite d'un cancer de l'utérus, et chez laquelle le sang avait en outre une couleur rose clair; telle était cette jeune fille chlorotique atteinte d'hydrothorax, dont il a été parlé plus haut; tel fut enfin le cas d'une autre jeune fille atteinte de chlorose, qui portait une dilatation du cœur gauche, et chez laquelle le tritoxide de fer à doses assez élevées rendit en quelques semaines au sang sa coloration, au cœur de l'énergie, et à la circulation de la régularité et de la force.

Anêmie et coloration noire du sang.

D'autres enfin, en même temps qu'ils présentaient les symptômes généraux de l'anémie, avaient un sang très noir dans les veinules et dans les capillaires des lèvres. Ceux-ci ont offert aussi deux états différens; chez les uns les capillaires des extrémités et des tissus où ils sont le plns abondans (les paupières, les lèvres, la verge, etc.) étaient quelquefois d'une teinte bleuâtre, rembrunie, et si l'on élevait le membre, c'était avec lenteur que cette coloration foncée se dissipait. Il y avait stagnation du sang dans les capillaires, et les artères n'en contenaient presque plus. La viscosité de ce fluide semblait être rendue évidente par la lenteur de sa progression; tels furent les cholériques parvenus à la période anémique; les autres enfin avaient la coloration livide de l'agonie, les yeux éteints, cette circulation filiforme et irrégulière des derniers temps de l'existence; il y avait quelquefois des hémorrhagies sous-cutanées et sous-muqueuses qui rappelaient ces foyers apoplectiques que M. le professeur Cruveilhier produisait en injectant par les veines vers les capillaires des fluides irritans. L'aspect noir du sang qui conservait ici sa liquidité, correspondait à la lenteur et au trouble des fonctions. Chez ces derniers malades il y avait toujours une portion du poumon qui ne respirait plus. Quelques réflexions sur ce sujet ne seront peut-être pas ici déplacées.

Cette coloration du sang est souvent due à l'oblitération de quelques bronches.

Les râles variés que présentent souvent les vésicules et les tuyaux bronchiques dans les derniers jours de la vie, ainsi que les mucosités et l'écume qui, se trouvant dans les bronches des cadavres, empêchent les poumons de s'affaisser, prouvent que souvent une portion considérable des lobes pulmonaires est long-temps imperméable à l'air avant que la mort s'en suive. En effet, le reste du poumon hématose une partie du sang, mais il n'en résulte pas moins qu'une portion de ce fluide traverse les capillaires pulmonaires où la respi-

ration ne peut se faire, et arrive noire aux cavités gauches du cœur. De là mélange du sang noir au sang rouge, et une série de phénomènes vers le cerveau et vers les autres organes dont le degré correspond à l'étendue de l'altération du poumon et à la quantité de sang qui ne reçoit pas l'influence de l'air. Il doit arriver que dans des rhumes légers ces accidens ont lieu à un certain degré; de là peut-être l'explication du mouvement fébrile dans quelques cas, et de certaines modifications survenues dans le sang; mais dès qu'une grande portion du poumon devient imperméable à l'air, l'aspect des lèvres et des capillaires devient livide; l'action cérébrale languit ou se trouble, les évacuations spontanées surviennent, la face prend l'aspect cadavéreux, et la mort a lieu. Cette asphyxie partielle, jointe à l'anémie, entre pour beaucoup dans les phénomènes qui précèdent la mort.

Anémie compliquée de la résorption de liquides altérés.

Chez d'autres sujets enfin, au défaut de sang vient se joindre l'absorption des liquides putrides déposés à la surface ou dans les tissus, et c'est par exemple ce qu'il importe de noter dans les cas où il s'agit de vastes cavernes tuberculeuses, d'écoulemens cancéreux abondans, et d'ulcérations gangréneuses à l'extérieur : le fait suivant offre peut-être quelque intérêt.

Utilité des lotions à grande eau comme anti-septiques.

À la Pitié, dans un cas d'entérite typhoïde parvenue au plus haut degré, de vastes ulcérations gangréneuses se formèrent sur le sacrum et sur le trochanter droit. L'odeur était infecte. Un ichor putride coulait en abondance, et le pansement ordinaire ne remédiait pas à cette odeur.

Déjà je m'étais assuré que par le lavage avec l'eau à 45° de température, on enlève aux mains l'odeur cadavérique bien mieux qu'avec toute autre substance, et que cet effet est encore bien plus évident lorsqu'on y ajoute du savon. A la suite des plaies d'armes à feu en août 1830, le lavage à grande eau

avait aussi ôté aux plaies toute odeur putride ; dans les écoulemens vaginaux et cancéreux, j'avais constaté que les injections abondantes détruisent en très grande partie la fétidité. L'application de ces faits eut lieu dans le cas dont il s'agit. Trois fois par jour le lavage à grande eau fut opéré ; et dans l'intervalle des pansemens, du diachylum fut appliqué sur les ulcérations. C'était ainsi que, lors des événemens de juillet, avaient été traités avec succès dix-huit blessés, déposés à l'hospice des Incurables de la rue de Sèvres. Deux d'entre eux portaient des fractures comminutives. Chez le malade de la Pitié, bientôt après le lavage, les plaies prirent un meilleur aspect, l'appétit devint très vif, et lorsque je quittai le service, la convalescence était parfaite. Les lotions à grande eau paraissent être en définitive, le meilleur des moyens anti-septiques.

Applications pratiques de l'influence de la pesanteur sur le cours du sang.

L'influence de la pesanteur sur le cours du sang et sur les inflammations, principalement chez les sujets affaiblis, a donné lieu, soit sous le rapport pathologique, soit sous celui de la thérapeutique, à des phénomènes remarquables. Dans les cas de rhumatisme articulaire des extrémités inférieures, la position élevée des genoux et des pieds jointe à la médication antiphlogistique, a eu les plus prompts et les plus heureux résultats ; ces parties étaient maintenues dans la position demi-fléchie sur des oreillers, le genou enflammé se trouvant à un pied au-dessus du niveau du bassin ; du jour au lendemain, chez deux malades, l'inflammation fut dissipée. Un homme fut atteint d'une orchite, suite d'une blennorrhagie, le testicule fut maintenu relevé jusque sur l'abdomen par un bandage de corps et une bande ; la douleur se calma et l'engorgement, le surlendemain, était presque nul. Dans deux cas, à l'Hôtel-Dieu, j'avais observé des faits analogues, mais dans l'un d'eux la maladie avait été la suite d'un coup porté sur l'un des testicules. Chez six femmes atteintes de

métrorrhagie datant de plusieurs semaines, et qui ne paraissait pas liée à une lésion chronique de l'utérus, le siége fut placé sur plusieurs draps pliés en double, de manière à ce qu'il fût élevé au-dessus du niveau du tronc, et la perte, diminuée dès le lendemain, s'arrêta les jours suivans. La pneumonie hypostatique des vieillards et des hommes affaiblis a été en rapport avec là position élevée de la partie malade. Cet état qu'on a cru être un phénomène cadavérique, est bien un phénomène morbide, puisque sur plusieurs cadavres qui furent couchés sur le ventre immédiatement après la mort, on ne trouva pas en avant dans le poumon le prétendu engouement cadavérique qui se rencontrait en arrière précisément avec les caractères qu'on lui retrouve chez les sujets qui, après leur mort, sont étendus sur le dos.

Distribution inégale du sang dans les deux parties de l'appareil circulatoire.

La faiblesse du pouls a souvent été au plus haut degré chez des malades qui avaient beaucoup de sang. Il en était surtout ainsi lorsque la circulation pulmonaire s'exécutait mal. Alors presque tout le sang se trouvait dans le système vasculaire à sang noir, et il y en avait fort peu dans le système vasculaire à sang rouge. L'examen comparatif des artères et des veines, la percussion des organes, faisant apprécier leur volume et leur densité, éclairaient ces cas obscurs, où le diagnostic est de la plus haute importance, puisqu'il décide du traitement et de l'opportunité des saignées.

TROISIÈME PARTIE.

Maladies des appareils sensitifs et locomoteurs; érysipèles de la face.

Quelques maladies de la peau ont été observées à la clinique de la Pitié. Un cas d'érysipèle de la face, dont il a été fait mention ailleurs, fut remarquable par l'intermittence qu'il présentait. Dans un autre, il s'agissait d'un homme de 21 ans, fourreur, atteint d'un érysipèle simple de la même partie, avec fièvre et constipation datant de plusieurs jours. Une saignée et 25 sangsues au-dessous des mâchoires, n'empêchèrent pas la maladie de prendre du développement vers les orbites et de s'étendre vers le cuir chevelu. Des lavemens purgatifs avec les follicules de séné, tout en remédiant à la constipation, n'entravèrent pas la marche de la maladie; mais l'application d'un vésicatoire d'un pouce de diamètre au centre de l'érysipèle fut suivie le lendemain de la diminution de la phlegmasie du côté du nez. En revanche elle s'étendait vers la bosse frontale droite et au-dessous de l'oreille du même côté; deux nouveaux vésicatoires d'une forme allongée furent placés sur la limite de la phlegmasie, qui ne fit plus de progrès et se dissipa très promptement. Le malade, entré le 29 mai, sortit le 8 juin complètement guéri.

Erysipèles de la face et suppuration dans les orbites; symptômes cérébraux.

Ici la maladie semblait faire des progrès rapides, et les paupières se tuméfiaient rapidement. La phlegmasie fut arrêtée à temps, et il n'y eut pas de symptômes cérébraux. Quatre cas remarquables recueillis à la salpêtrière conduisent à penser que c'est par l'orbite que l'érysipèle étend son influence sur le cerveau. Dans l'un, à la suite d'un érysipèle de la face, du pus était contenu dans la graisse molle qui entoure le nerf optique et dans les paupières; dans l'autre on trouva une couche de pus de chaque côté, entre le périoste et le tissu adipeux de l'orbite. Chez cette malade il y avait

eu, les jours précédens, une blessure légère de la tempe. Chez une troisième vieille femme, une exophthalmie eut lieu. On soupçonna un abcès en arrière et au-dessous de l'œil. Une incision fut faite; il sortit du pus, l'œil rentra peu à peu dans l'orbite. Un abcès de la paupière inférieure se manifesta aussi de l'autre côté. Dans ces trois cas d'érysipèle de la face il y avait eu de l'assoupissement et d'autres phénomènes cérébraux; et dans un quatrième cas, où le cuir chevelu fut seul érysipélateux, il n'y eut pas de symptômes donnés par le cerveau. Ces faits, qui feront d'ailleurs le sujet d'un mémoire spécial, conduisent à penser que dans l'érysipèle de la face on pourrait quelquefois prévenir les accidens cérébraux en combattant avec énergie la phlegmasie des paupières et des orbites.

Erysipèle s'étendant successivement sur une grande partie du corps.

De tous les érysipèles de cause externe qui se sont présentés à la clinique de la Pitié, le seul remarquable est celui de cette femme citée précédemment, et qui, atteinte d'une angine de poitrine, présenta à la suite d'une application de sangsues, une rougeur vive de la péau, qui s'étendit au loin, forma plus tard une large bande rouge dont les vésicatoires n'arrêtèrent pas la marche, qui envahit les membres et jusqu'au cuir chevelu, et fut une des causes de la mort de cette femme.

L'érysipèle est souvent fort grave.

On a dit, d'après des tableaux statistiques, que l'érysipèle est très rarement mortel. Il sera bon de modifier ces résultats par les cas précédens et par beaucoup d'autres que les praticiens pourront fournir.

Zona, ou hémizona.

Un zona, affection qu'il serait plus convenable d'appeler hémizona, a eu lieu chez une femme de 41 ans. Cette malade, qui portait une induration du sommet du poumon droit,

et chez laquelle le plessimètre la reconnut, et conduisit à rechercher et à trouver les symptômes du premier degré de la phthisie, était atteinte d'une éruption dans tout le côté gauche, depuis la ligne médiane, qu'elle depassait un peu, jusqu'au rachis; la largeur du zona était de trois pouces; il était située à la hauteur de l'épigastre, datait de huit jours, et était formé par de petites vésicules au-dessous desquelles la peau était très rouge. Un sentiment de cuisson, d'engourdissement, de vibration intolérable, et qui rappelait les douleurs qu'on éprouve lorsqu'on se heurte le coude, existait en même temps.

Traitement comparatif du zona sur deux points de son étendue.

La moitié des vésicules fut cautérisée avec le nitrate d'argent; le lendemain il n'y avait plus de douleur sur les points qui leur correspondaient, et leur guérison fut prompte. L'autre moitié, traitée par des cataplasmes, resta très malade et très douloureuse, et c'est seulement par des narcotiques qu'on put parvenir, après plusieurs jours, à faire dissiper les douleurs. Le zona, assez analogue en cela à l'épidémie de Paris qui a régné il y a quelques années, et qui, du reste, était très commun lorsque cette épidémie existait, ne consiste pas seulement dans une maladie des élémens vasculaires de la peau, mais aussi dans une affection des nerfs qui s'y distribuent; du moins la nature et la persistance des douleurs, après la disparition de la phlegmasie, sont bien propres à donner de la valeur à cette opinion.

Exanthèmes variés.

Plusieurs cas de roséole, de rougeole, de scarlatine et d'éruptions sans caractère bien décidé, se sont présentés à la Pitié. Ils n'ont rien offert de particulier, et l'on n'a pas trouvé au début, hors les cas de bronchite et d'engouement pulmonaire consécutif, cette matité du thorax dont on a parlé. Un seul cas de rougeole s'est terminé d'une manière fâcheuse. Il s'agissait d'une petite fille de trois ans, atteinte de l'ophthal-

mie épidémique qui a fait le sujet d'un autre mémoire, et d'ailleurs bien portante. Elle eut la rougeole suivie de bronchite; la toux se prolongea; les accidens de la phthisie survinrent; la mort s'en suivit un mois après; on trouva des tubercules nombreux dans les poumons. On se rappelle encore cet homme qui eut, à la suite de la scarlatine, un épanchement dans plusieurs membranes séreuses et dans le tissu cellulaire. (P. 56).

Varicelles, varioloïdes, varioles.

Plusieurs des petites orphelines qui, par suite de l'ophthalmie épidémique, étaient entrées dans les salles de la clinique, n'avaient pas été vaccinées. On répara cette négligence ou cet oubli; mais il se manifesta auparavant des boutons chez six ou huit d'entre elles. Les uns étaient assez semblables à ceux de la varicelle, d'autres à l'éruption varioloïde, et il y eut chez l'une d'elles une véritable variole. Quelques boutons se montrèrent sur la conjonctive palpébrale déjà atteinte de l'épidémie régnante. Ces boutons furent touchés avec le nitrate d'argent, et leur marche fut enrayée; l'ophthalmie n'en éprouva aucune influence : la vue fut conservée; il s'écoula plus de treize jours entre l'éruption et la dessiccation complète. La petite malade en fut quitte pour des cicatrices assez profondes.

Une femme enceinte entra à l'hôpital avec une variole confluente; elle mourut avant la visite.

Dartre esthiomène, ou lupus, traitée avec succès par le nitrate d'argent.

Il y eut un cas de dartre esthiomène ou de lupus où le traitement fut très heureux. Le jeune homme qui en était atteint, et qui avait une vingtaine d'années, portait à l'angle de la mâchoire, sur la région parotidienne et au cou, une vaste ulcération de la dimension de la main, très superficielle, qu'on avait pris pour une fistule salivaire, bien qu'il s'écoulât

du pus et non de la salive à sa surface, et qui avait tous les caractères assignés par M. le professeur Alibert à cette affection. Il y avait cinq ans que la maladie traitée par des moyens intérieurs et extérieurs très variés était restée stationnaire : elle fut cautérisée une douzaine de fois et à deux ou trois jours de distance avec le nitrate d'argent. A chaque application des douleurs très vives et de l'inflammation survenaient. On les calmait par des cataplasmes, des lotions émollientes. On ne donna point de médicamens intérieurs. Un mois après la guérison fut complète et paraissait solide.

Gangrène sénile; coëxistence d'une oblitération des veines.

Il ne s'est pas présenté de cas de gangrène sénile à la clinique de la Pitié; mais peut-être ne sera-t-il pas déplacé de rapporter ici deux faits observés à la Salpêtrière. Dans l'un d'eux, où la maladie avait suivi sa marche accoutumée et où la mort était survenue lorsqu'une partie du pied était gangrénée, l'artère crurale du côté malade battait avec force et régularité, ainsi que les autres artères du membre inférieur accessibles à la palpation. On sentait la veine saphène, formant une corde volumineuse et dure. A la nécropsie, il y avait bien une hypertrophie avec dilatation du cœur gauche, des concrétions crétacées dans les artères des membres et dans la crurale, mais le cœur droit était très dilaté, les veines-caves très amples, et la veine fémorale contenait un caillot épais, solide, semblable aux couches stratifiées des anévrismes, adhérant à la surface interne du vaisseau, et bouchant complètement la cavité de celui-ci. Il s'étendait dans la saphène et ses divisions, y présentait moins de dureté, et semblait d'une formation beaucoup plus récente.

Guérison d'un cas de gangrène sénile à la suite de la compression et de la position du membre.

Dans un autre cas, où le second et le troisième orteils étaient gangrénés et tombèrent, où le premier présentait de

nombreuses ulcérations, lorsque l'inflammation qui précède la mortification s'étendait déjà à une partie du pied, et que les douleurs étaient très vives, un pansement méthodique basé sur la connaissance du fait précédent, fut suivi de la guérison et de la cicatrice. Des bandelettes de diachylon couvrirent les orteils, et une compression modérée fut pratiquée avec soin sur la partie malade et sur toute l'étendue du membre. Le pied fut maintenu légèrement élevé par rapport au tronc, et soutenu sur des oreillers. Le lendemain, le mieux-être était remarquable, et deux mois après la cicatrice était parfaite. On ne donna pas d'opium ou d'autres médicamens à doses assez fortes pour que leur action puisse avoir eu ici quelque influence. Il sera utile d'après ces faits, de rechercher ultérieurement dans les cas de gangrène sénile qui se présenteront, quel est l'état des veines du membre et de la portion veineuse de l'appareil circulatoire. Les beaux faits de MM. Bouillaud, Ribes, Cruveilhier, etc., sur les maladies des veines, auront de nombreuses et d'utiles applications en médecine et en chirurgie.

Epidémie d'ophthalmie palpébrale.

L'épidémie d'ophthalmie observée à la Pitié a été le sujet d'un travail spécial qui suivra ce compte rendu : ce n'est pas ici le lieu d'en parler.

Cas de névralgies; succès par des moyens divers.

Il faut en dire autant de plusieurs cas de névralgies qui, réunis à d'autres précédemment recueillis, vont fournir le sujet d'un mémoire. Quelques mots seulement à l'occasion de ces faits, peuvent ici trouver leur place. Sept cas de douleurs intenses ont paru devoir être rapportés à la souffrance de filets ou de troncs nerveux. Dans l'un il s'agissait d'une hépatite et d'une sciatique à la suite d'une chute. La saignée parut guérir l'une et les sangsues l'autre. Dans un autre, une colite précéda immédiatement l'invasion de la sciatique; les saignées locales firent dissiper les accidens en vingt-quatre heu-

res. Dans un troisième, des douleurs très vives vers les tempes coïncidaient avec la cavité des trois grosses molaires, et avaient été depuis long-temps précédées d'ophthalmie et d'otorrhée; les saignées générales et locales, des cataplasmes, ne calmèrent pas la douleur, qui se dissipa à la suite de l'évulsion des dents malades. Un quatrième cas se rapporte à l'érysipèle intermittent précédemment cité, et qui paraissait être entretenu, ainsi que les douleurs qui l'accompagnaient, par la carie d'une dent. Dans un cinquième fait, également cité, il s'agissait d'une névralgie des nerfs du bras et du cœur. La malade succomba aux suites d'un érysipèle; on ne trouva à la nécropsie aucune lésion des nerfs. Le sixième fait présentait la complication du rhumatisme chronique continu et de douleurs névralgiques intermittentes. Rien ne réussit à guérir le premier, mais le sulfate de quinine fit dissiper les accidens. Enfin dans le septième cas, des douleurs névralgiques du cuir chevelu, qui avaient résisté à des moyens très actifs, cédèrent à des cataplasmes sur la tête; le cholera typhoïde le plus grave survint, cette malade guérit et les douleurs ne reparurent pas.

Caractère spécial des douleurs ayant leur siége dans les nerfs.

Le caractère des douleurs névralgiques propre à les distinguer de toute autre lésion, nous a paru consister dans l'analogie existant entre elles et le sentiment douloureux qu'on éprouve lorsqu'on vient à se heurter le coude.

Affections cérébrales.

Le nombre des malades atteints d'affections cérébrales et entrés à la clinique, a été peu considérable. De ces faits, le plus remarquable est le suivant.

Observation d'hémiplégie sans lésion cérébrale qui puisse l'expliquer.

Une femme de 73 ans, entrée le 1er juin, éprouva en par-

lant, le 28 mai, et à trois reprises, de l'embarras dans la langue ; sa bouche se porta à droite ; quelques heures après elle tomba, et depuis ce temps la jambe et le bras gauche perdirent la plus grande partie de leurs mouvemens, et les efforts de la malade ne parvenaient pas à déplacer ses membres ; du reste la sensibilité se conserva, la bouche était un peu déviée du côté opposé à la paralysie, et la parole légèrement embarrassée. Sous l'influence d'une saignée et de lavemens purgatifs continués pendant deux jours, les mouvemens se rétablirent au point que le bras put s'élever. Mais le 5 juin, quelques crampes se firent sentir dans le mollet gauche ; le 7 le cholera se déclara avec les symptômes les plus graves, et la mort eut lieu le 8. On ne trouva rien dans le cerveau qui expliquât la paralysie, et cependant la nécropsie fut faite avec beaucoup de soin. Un des assistans dit que peut-être il y avait plus d'injection dans le corps strié droit ; cette injection était si faible que le plus grand nombre des personnes présentes nièrent qu'elle existât. Seulement en coupant par tranches très minces le corps strié gauche, je trouvai deux petits kystes contenant un fluide clair, tapissés par une membrane accidentelle, et qui évidemment dataient de très longtemps, et n'avaient pu avoir de l'influence sur la paralysie récente qui existait à gauche. La moelle de l'épine était saine, car on ne peut pas considérer comme lésion morbide un ramollissement apparent au voisinage de la queue de cheval, et qui était évidemment produit par un coup de marteau porté sur ce point. L'intestin présentait le développement des granulations qu'on observe dans le cholera typhoïde ; les plaques de Peyer étaient aussi d'autant plus développées qu'elles étaient plus inférieurement placées. Cette observation doit être rapprochée de quelques autres, où, pendant l'épidémie de cholera, on n'a pas trouvé de lésion des centres nerveux en rapport avec les symptômes.

Ramollissement de la surface des ventricules rapidement survenu chez un phthisique.

Un malade phthisique, et qui portait aussi une ascite, périt

à la clinique de la Pitié. La surveille de sa mort, et sans avoir été atteint d'aucun autre symptôme cérébral, il fut tout-à-coup frappé de perte de connaissance, de convulsions épileptiformes et de contractures. A la nécropsie, on trouva un ramollissement d'une apparence grisâtre, considérable, à la surface des corps striés et des couches optiques des deux côtés. Du reste, une indisposition m'avait empêché de me rendre à l'hôpital depuis deux jours, je n'assistai pas à cette nécropsie, qui a été faite par M. le docteur Briquet, et je n'ai pu me procurer sur ce fait des détails circonstanciés qui auraient pu présenter plus d'intérêt.

Nombreuses maladies chez un même sujet; perte de la parole tandis que les autres facultés intellectuelles étaient conservées.

Une jeune femme à laquelle j'avais à plusieurs reprises donné des soins, entra dans la salle Notre-Dame. Elle avait été d'abord atteinte d'une vaste ulcération vénérienne qui avait détruit une partie des petites lèvres et du clitoris; on lui avait administré sans succès divers traitemens mercuriels. Les sangsues, les bains, les cataplasmes et surtout le repos, calmèrent les accidens, et diminuèrent de beaucoup la largeur de la plaie. Cependant celle-ci ne se cicatrisa complètement que sous l'influence d'un traitement par le deuto-chlorure combiné avec les applications mercurielles locales. Vers la fin de ce traitement huit ou dix pintes d'urine, puis davantage, furent rendues dans les vingt-quatre heures. Des périostoses se manifestèrent sur chaque cubitus, la malade fut encore traitée dans les hôpitaux par des préparations mercurielles, et je ne la revis que lors de l'épidémie du cholera. Alors et tout-à-coup elle perdit la faculté de parler; en même temps la bouche se dévia à gauche, et le membre supérieur droit devint très faible, mais très douloureux; ces accidens ne furent précédés ni de céphalalgie, ni de syncope; l'intelligence était à peu près ce qu'elle était avant, c'est-à-dire assez faible, mais la malade cherchait à parler, ne le pouvait pas, et rendait sa pensée par des gestes. Les saignées, les purgatifs, les vésicatoires, etc., ne remédièrent pas aux sym-

ptômes ; seulement le mouvement se rétablit en très grande partie ; la bouche cessa d'être déviée, quelques mots purent être prononcés, et cette femme entra à la Pitié dans le mois de juin. Elle conservait alors sa périostose. Son état resta stationnaire ; la faculté d'exprimer ses pensées par des mots ne lui fut pas rendue ; elle fut atteinte du cholera typhoïde, et comme elle paraissait être sur le point de succomber, son mari la fit sortir de l'hôpital. Elle a résisté cependant à l'épidémie, et depuis je l'ai perdue de vue. Ce fait rappelle les observations de M. le professeur Bouillaud sur la perte partielle de la parole, et il donne lieu à plus d'une réflexion sur les affections syphilitiques et sur leur traitement.

Délire érotique; inconvéniens de la réunion des aliénés dans un même lieu.

Une jeune fille entra à la Pitié avec une fièvre vive et un délire érotique. Il y avait déjà trois jours que ces accidens duraient. Les saignées, les bains, l'émulsion d'amandes, ne calmèrent pas son délire, mais la fièvre cessa. La malade resta aliénée. La manie commence souvent avec une réaction fébrile, et l'absence ou la présence de la fièvre paraissant peu propre à distinguer, malgré l'opinion contraire de certaines personnes, l'aliénation mentale du délire, celui-ci semble être le premier degré de celle-là, comme le peu de raison de certaines gens en pleine santé, ou encore la stimulation du cerveau par certains excitans, semble être un commencement de délire. Quoi qu'il en soit, notre jeune malade fut transportée dans une maison consacrée au traitement de la folie ; là elle aura été peut-être en rapport avec d'autres aliénés. Saisissons ici l'occasion qui se présente de déplorer la manière dont les infortunés privés de la raison sont entassés dans des cours communes.

Comment espérer guérir un grand nombre d'entre eux quand ils sont réunis dans un même lieu ! Un homme sain d'esprit, privé de sa liberté, renfermé avec ces malheureux et entendant leurs divagations continuelles, pourrait bien lui-

même devenir fou. Il est vrai que ce sont les incurables, ou ceux qui passent pour tels, qu'on réunit dans des cours communes ; mais ils doivent devenir incurables par cela seul qu'ils habitent ce triste séjour.

Conservation de la sensibilité dans beaucoup de paralysies.

Il est bien rare que la sensibilité, même dans des hémiplégies très graves, soit tout-à-fait anéantie ; des malades que les élèves croyaient en être entièrement privés témoignaient par les gestes de la face ou des membres sains, sous l'influence de certains stimulans, qu'ils étaient loin d'en être entièrement dépourvus. Il faut se défier, en conséquence, d'un grand nombre d'observations consignées dans les auteurs, dans lesquelles on annonce une perte complète de sensibilité. Bien souvent un apoplectique sent et ne le témoigne pas. Son intelligence subsiste et, paralytique qu'il est, il ne peut rendre sa pensée. Son état rappelle cette phrase élégante de M. le professeur Richerand, qui comparait un être privé de mouvement, et conservant le sentiment, à la fabuleuse hamadryade qui, identifiée avec l'arbre auquel sont sort est attaché, sent les blessures qu'on lui fait, ne peut fuir le danger, ou chercher à s'en garantir.

Conservation du sentiment du moi *dans de graves lésions cérébrales.*

Rarement dans les affections cérébrales, quelque graves quelles soient, et quelqu'étendue que l'on suppose la lésion anatomique qui les cause, y a-t-il une perte absolue de connaissance, et surtout du sentiment du *moi*, et de la volonté. Dans quelques cas où plusieurs onces de sang étaient épanchées dans les ventricules latéraux par suite d'une hémorrhagie considérable dans les corps striés ou dans les couches optiques, avec rupture du *septum lucidum*, et ramollissement considérable à l'entour, les malades cherchaient encore à retirer les bras qu'on voulait leur toucher, et exécutaient des mouvemens faibles, il est vrai, mais bien évidemment en rapport avec leur volonté. C'est une chose bien digne d'attirer

les méditations du psychologiste, que cette conservation du *moi sentant et voulant* dans des cas où l'organisation est altérée si profondément.

Perte de la mémoire chez des apoplectiques..

Dans d'autres cas ce n'était pas encore la pensée qui cessait, ce n'était pas non plus la possibilité d'articuler les mots, mais c'était la mémoire seule de ces mots; parmi ces faits il faut noter surtout celui d'une femme de la Salpêtrière, qui, à la suite d'une ancienne hémorrhagie ne disait que oui et non. Depuis long-temps on la croyait paralysée des organes de la voix. Il fut facile de prouver aux élèves qu'il sagissait de la perte de la mémoire, car en montrant à cette femme un objet quelconque qu'elle témoignait par des gestes très bien connaître, elle répondait d'abord, ou non, ou oui, comme à l'ordinaire, mais si l'observateur prononçait à haute voix le nom de cet objet, tout à coup elle le prononçait plusieurs fois, et paraissait charmée d'avoir été si habile.

Signes du ramollissement cérébral et de l'hémorrhagie.

Chez plusieurs malades de la Salpêtrière dont, à l'occasion des faits précédens, il a été parlé à la clinique de la Pitié, Il s'en est de beaucoup fallu qu'on ait trouvé une relation exacte entre les symptômes assignés, soit au ramollissement, soit à l'hémorrhagie, et les lésions cadavériques observées à la nécropsie. Dans des cas d'hémorrhagie, le mal de tête a existé souvent avant les autres accidens. Le début de ceux-ci a quelquefois été assez lent, et pendant leur durée, comme aussi lors de l'invasion, on a quelquefois observé des contractures et des engourdissemens dans les membres, suivis de paralysie. Quand l'épanchement était peu considérable, les facultés intellectuelles étaient peu altérées. D'un autre côté, dans des cas où le cadavre découvrait un ramollissement, on n'a pas pu toujours noter le mal de tête, la douleur et les engourdissemens des membres, tandis que l'invasion brusque, l'hémiplégie avec résolution, l'absence de contractures, et

l'altération dans les facultés intellectuelles aurait pu conduire à penser à tort qu'il s'agissait d'une hémorrhagie cérébrale. Il faut avouer cependant que ces cas sont exceptionnels, et que dans le plus grand nombre des faits, les symptômes et la marche mentionnés par MM. Rochoux, Lallemand et Rostan correspondent à la lésion matérielle que le cadavre révèle. D'ailleurs, l'erreur quand on la commet, n'est pas bien grave, car ainsi que le pensent les observateurs de notre temps et notamment M. Cruveilhier, le ramollissement est souvent aux capillaires du cerveau, ce que l'hémorrhagie est aux gros vaisseaux de l'encéphale; et le traitement rationel de l'un ressemble beaucoup aux moyens thérapeutiques dirigés contre l'autre.

Difficultés de reconnaître le siége précis de la maladie dans les vastes epanchemens cérébraux. Trois cas d'hémorrhagie cérébelleuse.

Souvent il a été possible, à la Salpétrière, en se fondant sur les beaux travaux de MM. Serres, Foville et Pinel Grand-Champ, d'indiquer, pendant la vie, le siége présumé d'un épanchement cérébral; mais quelquefois aussi les indications du diagnostic ont été mises en défaut par la nécropsie. Dès que l'épanchement est considérable, il est fort difficile de préciser le point de départ des symptômes: c'est que le cerveau est renfermé dans une boîte inextensible, et que la compression causée par le sang accumulé dans un point de l'organe, se communique aux parties voisines qui donnent alors des symptômes. Dans plusieurs cas de vastes épanchemens ventriculaires qui provenaient d'une lésion des corps striés ou des couches optiques, il est arrivé que la perte de connaissance n'était pas complète, et que la sensibilité et les mouvemens n'étaient pas tout-à-fait perdus. Dans trois cas vus avec M. Bosc qui a recueilli ces observations avec soin, il y eut trois hémorrhagies cérébelleuses fort considérables d'un côté, qui donnèrent lieu, dans le côté opposé du corps, à des symptômes analogues à ceux que présentent les apoplexies graves des couches optiques ou des corps striés. L'hémorrha-

gie cérébrale n'a fait jamais périr à l'instant même les femmes dont les corps ont été ouverts à l'infirmerie de la Salpêtrière, c'est presque toujours l'asphyxie par l'écume bronchique annoncée par le râle, et survenue consécutivement à l'apoplexie qui, plus ou moins vite, a entraîné la mort.

Quantités de sang contenues dans le cerveau.

Sur les sujets dont la nécropsie a été faite, les vaisseaux du cerveau ou de ses membranes contenaient des quantités variables de sang, et la coloration de la pulpe n'avait rien de constant. Des modifications nombreuses de rougeur, de pointillé, de sablé, de dilatation des vaisseaux étaient observées sans qu'il y ait eu de symptômes cérébraux bien tranchés. Les quantités de sang contenues dans l'encéphale étaient le plus souvent en rapport avec la manière dont la mort était survenue, avec la rapidité de la marche de l'agonie, et avec les quantités de sang du sujet.

Congestion du cerveau dans la mort par les asphyxies.

Quand la mort avait eu lieu rapidement, qu'il y avait eu peu de sang perdu et que les viscères en contenaient, il y en avait aussi beaucoup dans le cerveau. C'était surtout dans l'asphyxie par l'écume bronchique survenue rapidement, ainsi que dans les autres asphyxies, que se retrouvait cette apparence de congestion cérébrale, reconnaissable à la dilatation des veines et des sinus, au pointillé rouge de la pulpe, à la coloration un peu plus foncée de la substance corticale, à l'écoulement du sang des vaisseaux divisés, et le fluide était alors fortement coloré. Alors aussi la quantité de liquide céphalo-rachidien était petite.

Congestion apparente du cerveau, quoique le sujet ait peu de sang.

Quand la mort était survenue rapidement, bien qu'il y ait eu du dévoiement comme dans le cholera, ou des hémorrhagies, ou encore lorsque le sujet, d'une manière quelconque,

avait perdu beaucoup de liquides. Le cerveau n'était pas vide de sang, et paraissait quelquefois congestionné. (1)

Or voici comment on se rend compte de ce fait. Le crâne présente une cavité à parois inflexibles et sans ouverture. Pour que lss veines se désemplissent à la mort, il faudrait que le vide s'opérât ou que l'air extérieur y pénétrât. Mais la pesanteur de l'atmosphère s'oppose au vide; et ici, comme dans la plèvre, l'air du dehors ne peut pénétrer sans une solution de continuité dans les parois. Force est donc que le liquide contenu dans les vaisseaux y reste, à moins que d'autre liquide ne vienne tenir sa place dans la cavité du crâne, comme cela paraît être arrivé dans les cas suivans :

Anémie du cerveau; liquide rachidien abondant; mort arrivée lentement à la suite des pertes de liquide.

Quand la mort avait suivi une maladie lente, quend il y avait eu exténuation, perte de sang, que l'anémie datait de plusieurs jours, de plusieurs semaines, surtout lorsqu'après cette longue faiblesse, il y avait eu syncope mortelle, les sinus, les vaisseaux, étaient peu volumineux, la pulpe cérébrale pâle, la substance grise peu colorée; peu de sang, moins noir d'ailleurs que dans les cas précédens, ruisselait de la section de ces parties; mais en revanche le fluide céphalo-rachidien se trouvait en abondance dans le crâne. La masse de l'encéphale était diminuée, et la sérosité déposée dans les membranes avait permis au sang contenu dans les vaisseaux cérébraux de revenir en très grande partie vers le centre circulatoire pour entretenir la vie.

---

(1) Un malade peut en effet mourir de syncope ou de cessation d'action cérébrale par suite du defaut d abord du sang, bien qu'à la nécropsie on trouve encore une certaine quantité de fluide dans les veines et les sinus renfermés dans la cavité crânienne. Les animaux morts d'hémorrhagie ont encore du sang dans ces parties. C'est qu'il faut, pour entretenir la vie du cerveau, que le sang y arrive artériel, qu'il y circule, et qu'il y soit sans cesse renouvelé.

Doutes sur les apoplexies séreuses.

Ces faits prouvent jusqu'à quel point il faut se défier des apparences de coloration du cerveau lors de la nécropsie; ne peut-on pas croire que l'augmentation de sérosité trouvée dans le crâne de certains sujets qui avaient présenté des symptômes cérébraux, s'était formée de cette manière, et que l'apoplexie dïte séreuse, n'est souvent qu'un effet d'agonie, ou d'atrophie cérébrale? Celui qui ne verrait qu'un organe ou une fonction et oublirait les lésions possibles des autres, serait exposé à des erreurs graves; il ne faut pas omettre quand on examine la couleur, et la vascularité de l'encéphale à la mort, de noter comment la respiration et la circulation se sont faites dans ces derniers temps de la vie. Il y a encore bien des choses à faire sur l'étude des maladies du cerveau. Les faits d'anatomie pathologiques précédens conduisent à l'interprétation de quelques autres observations cliniques.

Symptômes cérébraux dans l'asphyxie par l'écume bronchique.

Lors de l'épidémie de bronchite qui régna à la Salpêtrière quelque temps avant l'invasion du cholera, et qui avait, sous le rapport du caractère de la toux et des vomissemens qui lui succédaient plus d'une analogie avec la coqueluche, il arriva que dans une salle encombrée de malades, la mortalité fut grande, et les décès survenaient toujours à la suite de l'asphyxie par l'écume bronchique. Or, lorsqu'une partie du poumon était devenue imperméable à l'air et que la maladie marchait rapidement, il y avait du mal à la tête; les membres devenaient raides, contracturés, il résistaient à la main qui cherchait à les étendre, ils étaient le siége de quelques engourdissemens, puis les facultés intellectuelles baissaient, quelquefois du délire s'y joignait, la maladie du poumon faisait des progrès, et la mort arrivait. Depuis, des faits du même genre ont été notés à la Salpêtrière et à la Pitié. Plusieurs agonisans ont été pris de symptômes cérébraux fort

analogues à ceux de l'apoplexie. Dans un cas où une malade avait eu la tête couchée sur un des côtés, et dans un autre ou rien de semblable n'avait eu lieu, il y eut une hémiplégie. Dans tous ces cas, on ne trouva ni ramollissement cérébral, ni hémorrhagie ; mais le poumon présentait une oblitération de la plus grande partie des bronches par l'écume bronchique, et le cerveau contenait beaucoup de sang.

C'est au défaut d'hématose qu'il faut souvent rapporter les phénomènes cérébraux des derniers temps de la vie.

Un des élèves de la Salpêtrière, hospice, où, il y a deux ans, j'ai émis ces idées à la clinique, a récemment rapporté certains phénomènes cérébraux à la difficulté avec laquelle s'opère la circulation veineuse dans les derniers temps de la vie. C'était là une partie des opinions que j'avais alors émises, et je suis persuadé que M. Allégre n'en avait pas eu connaissance ; mais ce qui est ici capital, c'est que les symptômes cérébraux dans les circonstances indiquées, paraissent dus au défaut d'oxigénation du sang, par suite des obstacles que l'écume ou le liquide bronchique apporte à l'abord de l'air dans les aréoles pulmonaires. C'est par ce défaut d'hématose qu'on se rend compte de la faiblesse de l'intelligence qui rend moins affreux les derniers momens de la vie, de cet engourdissement des sens qu'on observe lorsque le râle survient et que la mort approche, et des symptômes cérébraux qui ont fréquemment lieu dans les derniers périodes du croup, et que j'avais cru si long-temps être une extension de l'inflammation trachéale au cerveau. Ceci n'est, du reste, que l'application à l'asphyxie par l'écume bronchique des faits observés dans la plupart des autres asphyxies.

Rapport entre la marche de l'agonie et les accidens cérébraux.

Chez nos agonisans par suite de l'asphyxie par l'écume bronchique, les symptômes cérébraux ont été d'autant plus prononcés qu'elle a marché plus rapidement, et d'autant moins qu'elle a été plus lente dans son cours ; dans les cas où cette

lenteur a été portée très loin, on n'a pas observé de contractures, ou de convulsions; seulement les facultés intellectuelles ont été plongées dans une sorte de stupeur.

Symptômes cérébraux dans la syncape.

Le défaut de sang survenu rapidement dans le cerveau a aussi déterminé dans quelques cas des symptômes cérébraux de la nature de ceux qui ont été étudiés dans le mémoire sur les pertes de sang, l'apoplexie et la syncope. (1)

Cas de paraplégie.

Trois cas de paraplégie incomplète se sont présentés à la clinique de la Pitié. Dans l'un d'eux des sangsues sur la région rachidienne, des vésicatoires, etc., échouèrent. On allait tenter la strychnine suivant la méthode de M. le professeur Fouquier, quand cet homme sortit de l'hôpital. Les denx autres cas sont des exemples de guérison remarquables.

Paraplégie à la suite du choléra; guérison.

Une jeune femme, à la suite du cholera typhoïde dont elle avait été heureusement traitée par M. le professeur Bouillaud, restait habituellement au lit à cause de sa faiblesse; elle éprouvait souvent des symptômes gastro-intestinaux. La percussion médiate du ventre, qui était trop ballonné pour qu'on pût le palper, fit découvrir que la vessie était remplie d'une grande quantité d'urine. Cependant, jamais les renseignemens qu'on avait obtenus n'avaient conduit à soupçonner cet état. On fit évacuer beaucoup d'urine par la sonde, et les jours suivans les membres inférieurs qui conservaient le sentiment avaient perdu presque complétement le mouvement. L'examen de la colonne vertébrale n'y fit découvrir que de la douleur augmentée par la percussion. Comme les forces étaient

---

(1) *Du Procédé opératoire*, et *Collection de Mémoires*, etc.

revenues, on ne craignit pas d'avoir recours à des applications de sangsues sur la région de l'épine et sur le point douloureux au nombre de trente à chaque fois et à plusieurs reprises. Des vésicatoires longs et minces furent appliqués de chaque côté de la colonne rachidienne, le cathétérisme fut pratiqué plusieurs fois le jour, et après un mois de ce traitement qui fut entravé d'ailleurs par une péritonite qui exigea des nombreuses évacuations sanguines locales, la vessie récupéra sa contractilité, les membres, leurs mouvemens, et cette femme sortit un mois après guérie du cholera, de la paraplégie et d'une péritonite.

Paraplégie, suite d'une asphyxie ; guérison.

Un homme de 36 ans, récureur des fosses d'aisances, fut pendant son travail subitement frappé d'asphyxie. Il perdit complètement connaissance; les saignées générales et locales, au rapport du médecin qui soigna le malade, calmèrent les premiers accidens, mais la guérison ne fut pas complète; insomnie, céphalalgie, douleurs névralgiques dans les extrémités inférieures. La maladie est sujette à des exacerbations que soulagent la saignée et les bains tièdes. Il y a eu quelquefois du calme, mais des moyens très variés qui ont été employés, ont plutôt nui qu'ils n'ont été utiles.

Le 11 septembre, à la visite, six mois après les premiers accidens, douleur très vive à la région lombaire, elle augmente par la percussion; elle s'étend quelquefois à la cuisse, principalement en dedans et plus à gauche qu'à droite, et ressemble à celle que l'on éprouve lorsqu'on se heurte le coude. La sensibilité et le mouvement ont de beaucoup diminué, surtout à gauche; la chaleur est conservée, il y a de temps en temps des difficultés à uriner; le malade est, à cause de sa faiblesse, forcé de garder le lit depuis long-temps, et peut à peine faire quelques pas; ce n'est pas la douleur qui l'empêche de marcher, mais l'extrême faiblesse de ses jambes. Quarante sangsues et cataplasmes sur le point douloureux, diète.

Le 12, diminution de la douleur de la région rachidienne. Un peu plus de mouvement. Vingt-cinq sangsues.

Le 13, la douleur a presque complètement disparu; le mouvement et la sensibilité sont presqu'entièrement revenus. Application de vingt sangsues, le quart.

Le 14, nouvelle amélioration. Vésicatoires d'une forme alongée et appliqués sur les côtés de la colonne vertébrale.

Le 15, la malade se promène dans la salle; cependant on applique encore vingt sangsues à l'entour des vésicatoires.

Le 16, disparition complète de tous les accidens. La demie.

Le 17, le malade se trouvant parfaitement guéri, veut absolument sortir de l'hôpital. Il n'éprouvait plus que quelque difficulté à se baisser, et promettait de garder encore le repos pendant quelques jours.

Cette observation, recueillie avec beaucoup de soin par M. Grand, m'a paru assez importante pour pouvoir être donnée avec détail.

Paraplégie; suites d'entérites typhoïdes.

Dans quelques cas d'entérite typhoïde où la terminaision mortelle a eu lieu, la vessie, dans les derniers jours de la vie, s'est paralysée, et dans deux cas les membres inférieurs ont perdu le mouvement et une partie du sentiment. Deux fois la moelle de l'épine était ramollie dans l'étendue de deux pouces vers sa terminaison. Dans les autres cas on n'a pas trouvé de lésion du prolongement rachidien. Plusieurs sujets à la la Pitié ont offert aussi une distension anormale de la vessie par l'urine; distension qui paraissait devoir être rapportée à la paraplégie commençante; ces malades, à l'exception d'un seul, ont guéri et des accidens qu'ils éprouvaient et de cet état maladif de la vessie. Chez le seul qui succomba, la moelle de l'épine paraissait saine, de sorte que l'on ne pourrait affirmer que chez ces divers malades le prolongement rachidien ait été affecté.

Paralysie de la vessie dans la paraplégie.

Cette paralysie de la vessie, symptomatique ou non d'une lésion de la moelle, a donné lieu dans quelques cas à des phénomènes remarqnables du côté de ce réservoir. D'abord celui-ci se laissait distendre, et le plessimète le trouvrait, au-dessus et derrière le pubis, formant une énorme poche remplie de liquide. L'urine coulait par regorgement, mais la plus grande partie de ce fluide séjournait. Plus tard, quand la vessie s'irritait, elle se resserrait, diminuait de volume, quelquefois se vidait presque complètement, et le plessimètre ne la trouvait plus, même derrière le pubis; alors ses parois s'épaississaient. Dans un cas vu en ville, avec M. le docteur Colomb, l'urine charriait des graviers qui se déposaient sur la verge et les bourses en y formant des concrétions calcaires, et en y produisant une excessive irritation; on remédia momentanément à ce grave inconvénient en recouvrant les parties salies prl'urine avec du dyachilum à demi-fondu.

État anatomique de la vessie à la suite de la paraplégie.

A la mort, la membrane muqueuse de la vessie était plus ou moins rouge, arborisée, pointillée, maculée suivant l'ancienneté et le degré de la maladie; quelquefois on y a trouvé des ulcérations. Lorsque la vessie ne s'était pas encore resserrée par suite de l'irritation produite par le séjour de l'urine, les parois étaient minces. Dans le cas contraire elles étaient très épaisses. Chez le malade vu en ville avec M. le docteur Colomb, la vessie était tellement resserrée et revenue sur elle-même, qu'elle représentait une sorte de canal continu avec les uretères et l'urètre, canal dans lequel l'urine ne séjournait pas, et qu'elle ne faisait que traverser. Dans quelques cas on y a trouvé du pus, du sang, mais le plus souvent une urine très colorée, très odorante, très chargée de matière animale, et au-dessous des graviers plus ou moins nombreux, tandis que les reins n'offraient aucune altération, et que le bassinet et les uretères ne contenaient aucuns calculs. Ces faits, dans

lesquels la maladie de la vessie est consécutive à la paraplégie, prouvent que les calculs peuvent se former primitivement dans la cavité vésicale, qu'ils ne viennent pas tous du rein, et qu'il est fort utile de ne pas laisser l'urine séjourner très long-temps dans la vessie, et s'y dépouiller de ses parties les plus liquides.

Le lumbago est souvent le résultat d'une distension ou d'une rupture musculaires.

Quelques cas de lumbago se sont présentés soit à la Salpêtrière, soit à la Pitié. Presque jamais les douleurs qui le constituent et qui sont quelquefois très vives, ne se sont déclarées qu'à la suite d'un effort musculaire. A part les cas où cette affection avait commencé pendant le sommeil, et où par conséquent on était privé de renseignemens sur les mouvemens exercés par le malade au moment de l'apparition de la douleur, l'invasion du lumbago avait eu lieu dans l'une des deux circonstances suivantes : ou bien la personne qui en était atteinte se baissait pour ramasser un corps, ou bien, après s'être baissée, elle se relevait avec promptitude. Dans ces deux cas, tantôt il n'y avait qu'un sentiment de distension survenu brusquement, tantôt le malade croyait entendre une sorte de craquement très analogue à celui qu'on éprouve lors de la rupture du plantaire grêle. La maladie une fois produite, continuait plus ou moins, persistait surtout quand le craquement avait eu lieu. Alors aussi elle résistait souvent aux moyens employés. Le repos et l'absence des mouvemens dans lesquels les muscles des lombes agissent, paraissaient les meilleurs moyens. Souvent les évacuations sanguines et les cataplasmes calmaient les douleurs, qui cependant ne se dissipaient pas et revenaient à l'occasion du moindre mouvement. Il est difficile de ne pas admettre d'après cela que beaucoup de cas de lumbago ne sont pas autre chose que les résultats de la distension du déchirement de fibres musculaires de la région lombaire ; accident plus ou moins analogue à la rupture du plantaire grêle. Voici un cas du même genre qui paraît avoir eu son siége dans

quelque point du diaphragme, et où les évacuations sanguines ont paru avoir été utiles.

Douleur ayant très probablement san siége dans le diaphragme.

Delot, âgé de 56 ans, jardinier, éprouva subitement, le 23 juin 1832, en travaillant et en faisant un effort, un sentiment de craquement dans la région épigastrique; à l'instant une très vive douleur se manifesta sur le même point et au voisinage de l'appendice xiphoïde. Cette douleur continua, empêcha le malade de se livrer à ses travaux pendant trois semaines. Il ne cracha pas de sang, n'eut pas de fièvre ni d'autre accident quel qu'il fût. Le 14 juillet, jour de son entrée, la douleur était nulle quand Delot gardait le repos et ne faisait pas d'effort; mais quand il toussait, faisait une grande inspiration ou se mouchait, les accidens reparaissaient avec beaucoup d'énergie. Du reste la percussion, la palpation et l'auscultation ne découvraient rien d'insolite, et la santé générale continuait à être très bonne. Application de trente sangsues sur la partie douloureuse. La douleur diminue le 15, mais n'est pas encore disparue. Vingt sangsues sur le même lieu. Le 16 la douleur se dissipe presque complètement; le 18 le malade est aux trois quarts, et sort guéri le 23.

Arthrites aiguës (rhumatisme articulaire aigu.)

Plusieurs cas d'arthrite aigüe ont été traités avec succès et guéris avec promptitude, par les évacuations sanguines combinées avec une position des membres malades élevée au-dessus du niveau du tronc. Ces cas terminant l'exposé des faits vus à la clinique de la Pitié, pendant la durée de mon service, seront présentés avec détail.

Première observation d'arthrite aiguë recueillie par MM. Balme, Dugaray et Grand.

Navillon, homme robuste, âgé de 26 ans, maréchal-fer-

rant, habitant un lieu sec et bien aéré, ordinairement très bien portant, et n'ayant jamais éprouvé de rhumatisme, éprouva, sans causes connues, une douleur dans le cou et les reins; six jours après, les genoux devinrent très douloureux, les pieds, les poignets furent atteints de la même lésion; le malade continua à travailler, une fièvre vive survint, et Navillon entra à la Pitié le 16 juin, salle Sainte-Anne, n° 5, huit jours après la première invasion des accidens. Le 17, à la visite, tuméfaction des deux genoux, surtout du droit; de la fluctuation et une saillie de chaque côté du tendon des muscles droit antérieur et triceps, font reconnaître la présence d'un liquide dans les deux articulations; chaleur, tumeur, douleur vive dans les poignets. Les pieds, qui avaient été malades, ne le sont plus. Aucune complication.

Diagnostic: arthrite rhumatismale aiguë, hydarthrose fémoro-tibiale double.

Saignée proportionnée à son influence sur le pouls. La quantité de sang tirée est d'au moins une livre et demie, sans que le malade se trouve affaibli. Ce sang présente une couenne épaisse. Cataplasmes sur les genoux recouverts de taffetas gommé. Les membres inférieurs sont élevés (au moyen d'un oreiller sur lequel ils reposent) de six pouces au dessus du bassin: infusion de fleurs de sureau donnée souvent et en petite quantité à la fois. Le soir, trente sangsues sur le genou droit.

Les douleurs calmées immédiatement après la saignée deviennent très légères après les sangsues.

Le 18, il n'y a presque plus de douleurs, presque plus de tumeur, la fluctuation ne s'y retrouve plus. Le pouls hier si accéléré, est tombé à 70 pulsations. Il y a encore un peu de douleur dans le genou gauche.

(Quarante sangsues sur celui-ci; continuation du plan incliné et des mêmes moyens.)

Le 19, aucuns symptômes de maladie. Le malade n'est pas faible, mais il est pâle. Il a dormi d'un profond sommeil.

Le 20, les genoux sont d'un volume naturel.

Le 21, le quart.

Le 22, la demie. Navillon demande sa sortie.

Le 23, les trois quarts.

Pour bien s'assurer de la guérison, on retient Navillon dans les salles jusqu'au 9 juillet, époque à laquelle il sort de l'hôpital sans avoir eu aucune réapparition des accidens.

Deuxième observation d'arthrite aiguë analogue à la précédente.

Un second cas presqu'absolument semblable au précédent, s'est présenté dans la salle Sainte-Anne, n° 1. Malheureusement, cette observation recueillie par deux élèves ne m'a pas été remise. Je ne puis me rappeler que les faits principaux. Il s'agit aussi d'un homme robuste qui fut précisément dans les mêmes circonstances que le premier : douleur, chaleur, rougeur, tumeur des articulations fémoro-tibiales, hydarthrose, même lésion de l'articulation radio-carpienne, fièvre vive, tous ces symptômes datant de plusieurs jours à la suite d'un refroidissement subit, et de l'habitation dans un lieu humide.

Le même traitement que dans le cas précédent; (saignée de près de deux livres ; sangsues mises en grand nombre, et le soir même); la faiblesse ne fut pas plus grande, le succès fut aussi rapide, la convalescence aussi franche, et le malade resta plusieurs jours à l'hôpital sans éprouver aucun accident.

Troisième observation du même genre.

La femme Nequun, âgée de 46 ans, cordonnière, robuste, ordinairement d'une excellente santé, habitant une chambre étroite et un peu humide, éprouva vers le cinq juin, une souffrance assez vive dans les articulations scapulo-humérales des deux côtés; dans la droite surtout les douleurs étaient très intenses, et avaient lieu aussi dans l'articulation huméro-cubitale, et radio-carpienne droites.

Le 10 juin, jour de l'entrée à l'hôpital, les douleurs étaient parvenues au plus haut degré; l'épaule droite extrêmement sensible à la plus légère pression, est un peu tuméfiée et plus rouge que de coutume. Les mouvemens sont impossibles, et si l'on veut en faire exécuter la malade pousse des cris. Frissons chaque soir, fièvre très vive.

Une saignée proportionnée à son influence sur le pouls est portée jusqu'à plus de deux livres, diminution très prompte des douleurs. Le soir du même jour, les quantités de sang du sujet le permettant, quarante sangsues sur l'épaule la plus malade, cataplasmes; on place l'épaule aussi haut qu'il est possible de le faire, car les douleurs sont si vives qu'il est difficile de changer la position du membre. Pour la suite de cette observation, je crois devoir laisser parler lui-même l'élève qui l'a recueillie, et auquel je n'ai à reprocher qu'une chose: c'est de n'avoir pas signé l'observation qu'il a prise avec tant de soin.

« Le 11 juin, la malade a recouvré presqu'en entier la santé, et à la visite, son faciès, ses expressions, son bras qu'elle commence à mouvoir, ses articulations des membres supérieurs qu'elle dit être *dénouées*, tout prouve d'une manière incontestable que l'état de la malade est totalement changé et que de l'abattement de la veille, conséquence de l'excessive doueur qu'elle éprouvait, elle a passé, pour ainsi dire, à un état de santé parfaite. Cependant, comme il reste de la douleur dans l'articulation, trente nouvelles sangsues sont appliquées sur le point douloureux, un cataplasme recouvert de taffetas gommé est ensuite placé sur le membre. »

Précautions prises dans les cas ou l'on redoutait de tirer trop de sang.

« Il est bon de rappeler quelles furent les précautions que l'on eut le soin de prendre avant de prescrire ces trente nouvelles sangsues, pour s'assurer si l'on pouvait sans inconvénient tirer encore du sang à la malade, et pour remplir ce but, voici quels furent les moyens employés, moyens qui,

d'après beaucoup d'expériences faites sous nos yeux, ne peuvent jamais induire en erreur. D'abord on examina les capillaires aux lèvres, à la langue et aux yeux, et ils contenaient encore une assez grande quantité de sang; ensuite on s'assura quel était l'état du pouls dans le bras placé horizontalement. Sa force et sa plénitude indiquaient que l'économie contenait encore du sang suffisamment et que l'on pourrait encore en extraire sans danger; mais pour s'en assurer d'une manière plus certaine, le bras fut élevé verticalement; dans cette position le sang arrivait encore en assez grande quantité dans l'extrémité de l'artère, preuve nouvelle et plus évidente que la malade avait encore assez de sang pour pouvoir en perdre de nouveau; car dans cette position, s'il fût resté très peu de sang, il est certain qu'il aurait été chassé en petite quantité par l'organe central de la circulation, et qu'il n'en serait arrivé que très peu dans l'extrémité de l'artère qui était élevée; ce n'est pas tout, pour ne plus laisser de doute ni de crainte dans l'esprit, la malade fut assise sur le bord de son lit, les jambes restant à peu près pendantes, et, dans cette position, elle ne se trouva nullement mal; autre preuve que l'on pouvait sans inconvénient appliquer les trente nouvelles sangsues.

» Le 12, la souffrance de l'articulation scapulo-humérale avait presque entièrement cessé, mais la malade accusait dans les articulations coxo-fémorales quelques douleurs, principalement dans la gauche; ces douleurs n'étaient pas comparables à celles qui avaient eu leur siége dans la première articulation atteinte; cependant, comme l'on pouvait encore sans danger ôter du sang, et que d'un autre côté il était urgent de poursuivre le mal par les moyens les plus convenables, on appliqua 20 nouvelles sangsues sur l'articulation coxo-fémorale gauche; du sirop de gomme étendu d'eau fut donné pour boisson, des lavemens avec l'eau pure furent prescrits, et cela dans le but d'augmenter la sérosité du sang, pour remédier autant que possible à la perte de liquides qui avait eu lieu par des extractions successives et rapprochées. »

« A la visite, nous trouvons la malade dans un très bon

état. Le 13, les douleurs des articulations coxo-fémorales n'existent plus. La malade peut mouvoir tous ses membres sans difficulté, et déclare que les sangsues lui ont enlevé la douleur, et qu'elle la sentait disparaître à mesure que les sangsues tiraient le sang; l'infusion de fleur de bourrache fut prescrite, et l'on conseilla, dans le cas où de nouvelles douleurs se feraient sentir dans l'épaule, d'appliquer vingt nouvelles sangsues; mais cette indication n'eut pas besoin d'être mise à exécution. Ces douleurs ne reparurent pas. »

» 14 et 15. La malade est très bien; le quart, deux pots d'eau de gomme, un pot de tisane pectorale. »

Le 16, la malade continue d'être très bien, elle est en état de sortir; mais d'un côté, pour éviter les imprudences qui peuvent suivre la guérison subite d'une affection aussi grave, et de l'autre à la demande de la malade, elle est restée jusqu'au 22, où elle est sortie ne présentant plus aucune altération, et ne conservant que le souvenir des douleurs qu'elle a endurées.

Observation recueillie à la Salpétrière, par M. Gorré.

La femme Chaumet, âgée de 42 ans, d'une constitution robuste, éprouva pour la première fois, et sans cause connue, au commencement de décembre 1832, des douleurs assez vives dans l'articulation tibio-fémorale droite; elle se fit appliquer un large vésicatoire sur la partie malade. Les douleurs se calmèrent, mais reparurent avec violence dans les articulations tibio-tarsienne et huméro-cubitale droites. Entrée à l'infirmerie le 26 décembre, cette femme offrit les symptômes suivans :

Le genou, le coude-pied, sont douloureux, brûlans, rouges, tuméfiés; la moindre pression exaspère les douleurs; langue rouge à la pointe, recouverte à la base d'un enduit blanchâtre; pouls plein, fort et fréquent, veines très distendues, par du sang, capillaires rouges, poumons peu sonores en arrière, foie volumineux, cœur médiocrement gros.

Prescription : (Une saignée de seize onces; le soir même,

si les quantités de sang le permettent, trente sangsues sur l'articulation la plus douloureuse; position élevée des membres malades par rapport au tronc.)

Le 27 décembre disparution complète des accidens généraux et locaux. La malade, qui conserve beaucoup de sang dans les artères, les veines et les organes, et qui est seulement un peu moins rouge, dit être entièrement guérie. Six ou sept jours après, et lorsque, depuis le 27, elle n'avait eu aucun symptôme de maladie, et qu'on lui avait fait donner les trois quarts, garder le repos et fait appliquer des cataplasmes sur les jointures, elle s'expose au froid, monte sans douleurs plusieurs étages et revient à l'infirmerie.

Le 5, réapparation des accidens dans les articulations tibio-tarsienne gauche et radio-carpienne droite. (Nouvelle saignée de près d'une livre, position élevée du membre; vingt-cinq sangsues placées sur les articulations malades, la diète.)

Le lendemain 7, tous les symptômes sont dissipés.

Le 9, nouvelle imprudence. La malade s'expose au froid. Les mêmes articulations sont atteintes par la maladie, mais à un plus faible degré, et presque sans symptômes généraux. (Vingt nouvelles sangsues, membres élevés, cataplasmes, diète.) Les jours suivans, guérison complète et convalescence trèsrapide. La malade est aux trois quarts deux jours après la cessation des douleurs, et retourne dans son dortoir le quinze janvier, n'éprouvant plus de rhumatisme, et ne se plaignant pas d'être faible.)

Cinquième observation d'arthrite aiguë.

Cassaet (François), âgé de 28 ans, tailleur, homme d'une forte constitution, et dont les muscles sont très développés, n'étant pas plus sujet au rhumatisme qu'à toute autre maladie, ayant eu, il y a cinq mois, une gonorrhée guérie depuis trois mois, et ne présentant aucun symptôme syphilitique, éprouva, en se promenant, une douleur vive dans l'articulation coxo-fémorale gauche, bientôt accompagnée de difficul-

té dans la marche. Dans la nuit ces douleurs augmentèrent, s'étendirent à la hanche, et il pouvait, disait-il, à peine traîner sa jambe gauche. Il crut observer le lendemain une augmentation de volume au côté externe et supérieur de la cuisse, et la sensibilité à la pression était extrême sur ce point. Trente sangsues, des cataplasmes, furent appliqués sur le membre; les douleurs se calmèrent, mais ne cessèrent pas, et sept jours après l'invasion, Cassaet entra à la Pitié, le 2 juillet 1832, salle Saint-Joseph, n. 1.

Signes de l'hydarthrose ou de l'engorgement des parties molles de l'articulation coxo-fémorale.

Les douleurs étaient très vives; il y avait de la chaleur, on ne pouvait juger de la tumeur; mais on fit placer le malade sur un plan très égal, et mesurant avec soin la longueur des membres inférieurs par la comparaison de la distance où chaque talon se trouvait dn bassin, on constata un allongement de deux pouces dans le membre malade. Fièvre; du reste état général satisfaisant.

(60 sangsues, cataplasme sur le membre; repos absolu; le bassin est élevé le plus possible au-dessus du niveau du tronc; diète.)

Le 3, amélioration très grande dans l'état du malade; plus de douleur, même à la pression; seulement les mouvemens sont encore douloureux.

Applications de trente nouvelles sangsues, cataplasmes, taffetas gommé, diète.

Le 4 plus de douleur, les membres inférieurs ont la même longueur. Le quart.

Le 5 le malade n'éprouve qu'un sentiment de faiblesse, et au moment de la visite il était dans les cours de l'hôpital, se promenant avec des béquilles.

Point de nouveaux accidens les jours suivans. Sortie le 16 juillet

Observation d'arthrite chronique.

Un homme dans la force de l'âge, d'une constitution ro-

buste, fut atteint d'abord d'un gonflement douloureux du genou droit; quatre mois après le gauche fut frappé de la même maladie. Dès le principe les accidens étaient plutôt chroniques qu'aigus; il entra dix mois après la première invasion, le 21 septembre 1832.

A la visite, les deux articulations fémoro-tibiales présentaient évidemment une accumulation de sérosité, surtout à droite; une tumeur ovoïde existait de chaque côté du ligament rotulien et de la rotule; on y sentait de la fluctuation, et en pressant sur cet os, on sentait qu'il cédait à la pression, se déprimait et faisait entendre un léger bruit au moment où il frappait le fémur. Les douleurs étaient devenues beaucoup plus vives depuis quelques jours, et il y avait eu aussi une réaction fébrile manifeste.

Le 22 (une saignée abondante, proportionnée à son influence sur le pouls, cataplasmes recouverts de taffetas gommé sur les genoux.)

Les jambes sont placées sur un plan élevé; le sang tiré de la veine a présenté une couenne fort épaisse: la saignée a apporté une amélioration sensible.

Le lendemain 23, peu de changement; on a recours à une application de sangsues à la partie interne de l'articulation de chacun des genoux; ceux-ci, après la chute des sangsues, furent enveloppés de compresses imbibées d'eau blanche.

Les jours suivans, les deux genoux sont diminués d'une manière incroyable, tellement qu'à gauche elle existe à peine; cependant les mêmes moyens furent continués, et après trois autres applications de sangsues à des époques peu éloignées les unes des autres, et par la continuation de la situation des membres, le malade vit se suspendre entièrement la gêne et les douleurs qu'il éprouvait. Après trois semaines de séjour à l'hôpital, il ne conservait plus d'autre lésion qu'un volume un peu plus considérable des genoux que dans l'état normal, et on ne trouvait plus de liquide dans les articulations.

Résumé des cas précédens.

Ces cinq premiers malades sont les seuls atteints de rhumatismes aigus qui se soient présentés dans mon service, soit à la Salpêtrière, soit à la Pitié, depuis le mois d'avril 1832. J'avais vu auparavant quelques faits du même genre, mais ils n'ont pas été recueillis.

Dans ces cinq cas, la maladie a été enlevée en 24 heures par les évacuations sanguines jointes à la position élevée du membre et aux boissons à haute dose. Dans un cas, il y eut deux rechutes à l'occasion d'un exercice violent, du refroidissement et de quelques mouvemens des membres supérieurs. A chaque rechute le même traitement produisit le même résultat. Je ne crois pas qu'on ait vu le tartrite antimonié de potasse ou les narcotiques à l'extérieur, être suivis de succès aussi prompts et aussi marqués. D'un état très grave de souffrance, nos malades sont subitement passés à l'état de santé parfaite.

Observations de pus dans les articulations ou dans les parties voisines.

Les considérations suivantes, appuyées par des faits pratiques, ont guidé dans le traitement de nos rhumatisans.

Le rhumatisme articulaire aigu a été considéré chez nos malades comme une inflammation des jointures, et nous n'avons pu partager les opinions consignées dans l'excellente thèse de M. le professeur Chomel, et celles qu'on a depuis défendues par des tableaux statistiques. Nous rappelant que Tissot avait noté les abcès parmi les terminaisons du rhumatisme; ayant présente à la mémoire une observation rapportée par Fauchier, où un rhumatisme du coude et du genou se termina par suppuration, et trois cas remarquables cités par Mofait (*Diss. inaug.*, an 1810), où les synoviales des grandes articulations enflammées contenaient un fluide purulent; un fait observé par M. le professeur Dupuytren (1), auquel assista

(1) M. Dupuytren m'a dit avoir peut-être vu *dix fois* du pus dans les articulations d'individus morts accidentellement pendant la durée du rhumatisme.

M. Cruveilhier, et mentionné par M. Vallerand de Lafosse, où il y avait du pus, soit dans beaucoup d'articulations, soit entre les muscles, et cela chez un sujet qui avait un rhumatisme avec coexistence d'une phlébite ; cette observation, dont parle Pinel, où à la suite d'un rhumatisme, il y avait des abcès entre les muscles et dans une grande articulation, etc., etc. ; nous rappelant avoir présenté aux élèves à la clinique l'articulation scapulo-humérale pleine de pus, chez une femme qui avait été atteinte d'un rhumatisme de cette articulation ; nous étayant de l'opinion de M. le professeur Fouquier, qui, d'après des faits nombreux, considère le rhumatisme aigu comme inflammatoire, et le traite comme tel; nous n'avons pu regarder l'inflammation des jointures comme une complication du rhumatisme, mais bien comme constituant le rhumatisme lui-même.

Analogies entre la pleurésie et l'inflammation des synoviales.

Il y a presque toujours dépôt de synovie dans l'articulation malade, comme il y a dépôt de sérosité dans la plèvre enflammée ; et de ce qu'on ne trouve pas de pus dans une plèvre, mais de la sérosité, personne ne s'avisera de dire que la pleurésie est une congestion et non une inflammation. La synovie accumulée est à l'arthrite ce que la collection séreuse est à la pleurésie. Si, dans de certaines conditions, ces fluides séjournent dans des cavités sans ouverture, et si la maladie se prolonge, on trouve du pus, mais il n'y en avait pas moins inflammation dans les premiers momens, lorsque la synovie ou la sérosité plus ou moins trouble et mélangée avec la substance plastique du sang, était seule déposée.

Le rhumatisme articulaire aigu est une inflammation.

Ainsi donc le rhumatisme aigu des jointures était pour nous une inflammation aiguë qui se bornait quelquefois à ses premiers stades, à la congestion, admise par quelques auteurs, mais qui, abandonnée à elle-même, pouvait devenir bien plus grave, occasionner ces arthrites chroniques, ces défor-

mations des jointures, dont on voit tant d'exemples à la Salpêtrière. Il pouvait au moins durer de cinq à soixante jours, comme le veut Pinel, ou se terminer vers le quarantième jour, comme M. le professeur Chomel et M. Bally l'ont vu le plus souvent.

Il y a dans le rhumatisme articulaire aigu coexistence d'une altération du sang.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, le sang est presque toujours couenneux, la quantité considérable de ce liquide, retrouvée dans l'appareil circulatoire et dans les organes, la facilité du déplacement des inflammations articulaires, nous faisaient admettre un état général du sang en rapport avec les phlegmons. De là l'indication de la diète pendant les premiers jours, des boissons à hautes doses et des saignées. Baillou avait recommandé la phlébotomie. A Montpellier, au rapport de Sauvages, on pratiquait deux ou trois évacuations sanguines au début, et Barthez dit qu'Uffroy faisait tirer à ses malades, en deux jours, des quantités énormes de sang, excès dans lequel tomba Bosquillon, qui saignait sans cesse, ce qui porta sans doute Pinel (paralysé qu'il était par la médecine des vieillards) à s'écrier : quelle utilité retira Baillou des dix saignées dans un cas de rhumatisme qui resta au même degré, et ne fut complètement jugé que par une hémorrhagie du nez des plus abondantes! Et cependant, dans cette observation, peut-on répliquer à Pinel, c'est encore là une évacuation sanguine spontanée, copieuse, qui guérit le rhumatisme. Les craintes qu'a inspirées la saignée, ou le peu de confiance qu'on a eu en elle, vient ou de ce qu'on en a abusé, de ce qu'on l'a trop réitérée, ou de ce qu'on ne l'a pas portée assez loin à la fois, bien qu'on l'ait répétée. Ce n'est pas ainsi qu'elle guérit radicalement et promptement l'arthrite aiguë ; mais c'est lorsqu'elle est faite largement, un petit nombre de fois, *et en prenant du reste toutes les précautions nécessaires pour ne pas aller trop loin.*

Les convalescences des rhumatisans de la Pitié ont été promptes.

Les grandes saignées avec ces précautions n'entraînaient pas de longues convalescences, parce qu'elles avaient toujours été proportionnées aux forces du sujet et aux quantités de liquide qu'il conservait.

Le retour de la maladie à la santé a eu lieu, dans les cinq cas précédens, le lendemain ou le surlendemain des accidens, et les malades étaient, quatre jours après, mis aux trois quarts d'alimens.

Saignées locales dans le rhumatisme; influence de la pesanteur.

La souffrance locale était aussi prise en grande considération, de là l'application de sangsues (dont le nombre était subordonné aux quantités de sang), de cataplasmes et de taffetas gommé. La connaissance de beaucoup de faits où la pesanteur avait eu, surtout en maladie, une grande influence sur le cours du sang, était le motif qui avait conduit à placer les membres enflammés dans une position élevée par rapport au tronc.

Ce traitement a été si prompt et si complètement curatif, qu'il n'a pas fallu avoir recours à d'autres moyens.

RELEVÉ DU SERVICE

DE LA CLINIQUE DE LA FACULTE A LA PITIÉ,

Depuis le 10 mai jusqu'au 1er novembre 1832.

Après avoir rendu compte des faits isolés principaux qui ont été observés à la clinique, il est bon, pour apprécier les résultats du traitement qu'on y a suivi, de faire le relevé général, soit des entrées et des sorties qui ont eu lieu dans ce service, soit des décès et des maladies qui les ont précédées. Les faits qui vont suivre ont été puisés dans un travail fort long, et qui me paraît très exact, d'un des élèves de la clinique. Je n'oserais cependant pas affirmer qu'il ne se soit pas glissé quelques erreurs, que les noms aient été bien écrits, que les dates aient été parfaites, qu'il n'y ait pas eu quelque transposition de numéros de lits; mais s'il y a eu quelques erreurs, elles ne peuvent être importantes.

Nombre des malades, et degré de gravité des symptômes qu'ils présentaient.

341 malades, et non 340, comme il a été dit ailleurs (p. 1), sont entrés à la clinique depuis le 10 mai jusqu'au 1 novembre. Parmi ces malades, un assez grand nombre présentait des symptômes fort graves, d'autres des accidens d'une importance secondaire, et il y en a eu quelques-uns qui n'avaient que de légères indispositions, mais il faut avouer que ceux-ci étaient peu nombreux. On faisait placer ces derniers dans la salle Sainte-Anne, où presque jamais il n'y a eu que deux ou trois lits occupés, et où il s'est aussi trouvé des malades très gravement atteints. Il faut encore remarquer, relative-

ment à la durée du séjour à la clinique, qu'il y a eu plusieurs femmes convalescentes fort malheureuses, et qu'on n'a pas eu le courage de renvoyer aussitôt qu'on l'aurait dû. Notons enfin que l'épidémie venait de sévir avec la plus grande force, qu'elle se calmait, et que si le traitement a eu en définitive des résultats qui paraissent heureux, il faut attribuer quelque chose à ce fait, remarqué par tous les observateurs qu'après les grandes épidémies, la mortalité diminue.

Nombre des décès par rapport à celui des malades.

Sur ces 341 malades, il y a eu 24 morts et non 23, comme je l'ai écrit au commencement de ce travail ; car il y a eu un cas de métropéritonite qui n'avait pas été porté sur le relevé qui m'a été remis. C'est un peu moins d'un décès sur 14 entrans. Sur les 316 restans, il y en a eu 36 où la durée du séjour dans les salles n'est pas indiquée. Ceux-ci représentent plusieurs malades entrés pendant les derniers jours de mon service, et qui sont restés confiés aux soins de mon honorable ami, M. le docteur Martin Solon ; peut-être aussi y a-t-il eu quelques omissions de faites. Du reste, ce nombre de 36, représentant assez bien celui des malades qui étaient à la clinique, lorsque je pris le service, on peut les déduire sans inconvénient des résultats qui vont suivre :

Durée moyenne du séjour des malades à la clinique.

Les 281 malades restans, pris collectivement, ont passé 3080 journées à la clinique de la faculté, ce qui fait 11 jours pour chacun d'eux. Sur ce nombre il faut déduire : 1° 51 journées pour une femme de 100 ans, qui y est restée sans être malade, et qu'il est bon aussi de retrancher du calcul ; 2° 80 journées pour huit petites filles qui, convalescentes de leur ophthalmie, ont séjourné chacune 10 jours de plus que la moyenne des autres malades. Il reste donc 280 malades, qui ont séjourné 2949 jours à l'hôpital, ce qui fait un peu plus de 10 jours de séjour pour chacun d'eux.

Durée variable du séjour pour divers malades.

Sur les 281 malades précédens, il y en a eu 65 qui sont restés moins de 9 jours à l'hôpital, 105 moins de 11 jours, 72 moins de 21, 27 moins de 31, 9 moins de 40, 3 moins de 50, et 2, y compris la vieille de 100 ans, ont dépassé ce dernier chiffre. Le plus grand nombre des malades sont sortis complètement guéris des accidens qui avaient exigé leur entrée. Il y en a eu peut-être vingt qui n'étaient que soulagés, et portaient des lésions incurables, telles que des tubercules dans les poumons, une hypertrophie du cœur, une ascite consécutive à de graves lésions organiques; etc. Ce sont précisément ceux-là qui, depuis long-temps, allaient d'hôpital en hôpital, et ne trouvaient point la guérison qu'ils espéraient. Ce sont ceux aussi qui sont restés le plus long-temps dans nos salles; telle est cette malheureuse hémoptysique dont il a été parlé ailleurs, une ascite consécutive à une maladie du cœur; de sorte que si on retranchait les cas au-dessus des ressources de l'art du nombre de ceux qui ont été cités, on aurait une durée de séjour bien moins grande encore que celle qui a été prise pour moyenne.

Le tableau suivant présente avec exactitude les cas dans lesquels la mort a lieu.

Tableau des décès qui ont eu lieu à la clinique de la Pitié, pendant les cinq mois et demi du service de M. Piorry, le nombre des entrans étant 341.

Salles.	Numéros.	Noms.	Age.	Sexe.	Date de l'entrée.	Durée du Séjour.	Maladies.
					mai.		
S. Joseph	5	Sangelas.	28	homme	21	3	Pneumonie datant de 7 j.
Id.	8	Desorgnes.	70	*Id.*	22	6	Tubercules pulmonaires.
Id.	7	Mauvinet.	57	*Id.*	28	2	Pneumonie au 3e degré, hydrothorax datant d'un mois et demi.
					juin		
N. Dame	6	Peffaff.	73	femme	6	6	Hémiplégie, cholera typh.
Id.	4	Becaqueray.	37	*Id.*	16	46	Cancer utérin.
S. Joseph	1	Richard.	20	homme	18	9	Entérite typhoïde datant de 12 jours.
N. Dame	11	Robert.	35	femme	25	36	Tubercules.
Id.	21	Mayeux.	77	*Id.*	27	14	Cancer de l'estomac.
					juil.		
S. Joseph	10	Geneuille.	28	homme	5	50	Pleurésie, péritonite aiguë datant de plusieurs jours.
Id.	5	Potrou.	19	*Id.*	18	5	Fièvre intermittente, cholera.
N. Dame	10	Blot.	24	femme	21	1	Variole confluente, fausse couche.
S. Joseph	3	Prina.	29	homme	21	45	Tubercules pulmonaires, ramollissement cérébral.
N. Dame	7	Boulan.	52	femme	26	14	Hypertrophie du cœur, angine de poitrine, érysipèle.
Id.	16	Malésieux.	5	pet. fille	31	26	Tubercules pulmonaires, suites de rougeole.
					août		
S. Joseph	4	Rabelais.	59	homme	6	3	Hypertrophie du cœur, rétrécissement de l'orifice aortique, ascite.
N. Dame	3	Jaoques.	36	femme	12	25	Tubercules pulmonaires.
S. Joseph	12	Rigaut.	48	homme	14	37	Hypertrophie avec dilatation du cœur.
Id.	6	Gilet.	30	homme	17	30	Tubercules pulmonaires, pneumo-thorax.
Id.	4	Gignon.	39	*Id.*	31	28	Invagination intestinale.
					oct.		
N. Dame	19	Thibaut.	47	femme	2	3	Pneumonie, lobe supérieur du poumon gauche au 3e degré lors de l'entrée, et datant de plusieurs jours.
S. Joseph	7	Naveau.	72	homme	2	1	Pneumonie hypostatique.
N. Dame		Musset.	74	femme	16	1	Asphyxie par l'écume bronchique.
Id.		Chantazeau.	44	*Id.*	25	2	Tubercules pulmon., ascite.

23 décès, dont 5 ont frappé des septuagénaires.

L'élève qui a bien voulu faire le relevé des registres de l'hôpital, et qui a mis beaucoup de zèle dans cet ennuyeux travail, a fait, d'après mes notes, l'omission suivante, qui porte à 24 le nombre des décès.

N. Dame	6	. . . . . .	30	femme	sept. 30	70u8	Métro-péritonite.

Parmi les vingt-quatre décès compris dans ce tableau, il en est qui ont suivi des maladies curables, et d'autres des affections au-dessus des ressources de l'art.

Cas où la mort a eu lieu presqu'au moment de l'entrée à l'hôpital.

Dans quatre cas, la mort a eu lieu avant, pendant ou immédiatement après la visite, et avant qu'on ait pu employer des moyens quelconques; ce sont : deux cas de bronchite chronique chez des vieillards, suivis de pneumonie hypostatique et d'asphyxie par l'écume bronchique; un cas de variole confluente et un de tubercules au dernier degré.

Cas où la mort a eu lieu par suite de maladies chroniques incurables.

Dans huit cas, il s'agissait d'anciennes lésions organiques qu'il était impossible de guérir, quelles qu'eussent été les médications mises en usage. C'étaient : 5 cas de tubercules pulmonaires, 1 cancer utérin inopérable; 1 carcinome de l'estomac. 1 hypertrophie du cœur, avec rétrécissement de l'orifice aortique.

Dans 2 cas, bien que la maladie ne fût pas absolument incurable, il faut avouer que dans des affections de ce genre, le nombre des exceptions à l'incurabilité est bien petit, ce sont 2 cas d'hypertrophie des cavités gauches du cœur compliqués, l'un d'angine de poitrine, et tous les deux de pneumonie hypostatique.

Cas où la mort a eu lieu par suite de lésions aiguës incurables.

5 cas se rapportaient à des lésions plus récentes, il est vrai, mais parvenues à un dégré où il n'y a plus de guérison possible par les moyens de l'art: 1 pneumonie datant d'au moins huit jours, occupant le lobe supérieur du poumon gauche, parvenue à l'état d'hépatisation grise, le pus ruisselant de la partie affectée lorsqu'on la divisait, affection qui entraîna la mort de la malade le lendemain de son entrée. 1 autre pneumonie lobulaire dans laquelle les symptômes avaient commencé sept jours avant, où les deux poumons étaient remplis de petits abcès innombrables, et de noyaux indurés d'apparence tuberculeuse, qui parurent être du pus

épaissi. 1 cas de métropéritonite datant de plusieurs semaines lors de l'entrée de la malade, et dans lequel l'intestin, le péritoine étaient remplis d'un fluide puriforme, et où le foie et les tissus étaient, ou paraissaient être infiltrés de pus. 1 entérite typhoïde au douzième jour lors que le malade fut transporté à la clinique, où il resta neuf jours; quinze ulcérations très larges et anciennes se retrouvaient dans l'intestin, dont les parois étaient très épaissies et indurées; et 1 cas de pneumonie au troisième dégré avec hydrothorax dont l'invasion avait eu lieu un mois et demi avant.

Cas où la mort a eu lieu par suite de maladies qu'on peut supposer avoir été curables.

Les 5 cas suivans sont les seuls où l'on puisse croire que la guérison eût été possible: 2 cas de cholera typhoïde, l'un compliqué d'hémiplégie, l'autre survenu à la suite de l'administration du sulfate de quinine; 1 invagination intestinale chez un épileptique, affection qui présenta, par les symptômes qu'elle occasionna, beaucoup d'analogie avec le choléra; 1 pleurésie compliquée de péritonite avec exsudation miliaire sur le péritoine: la pleurésie avait d'abord cédé; mais la lésion péritonéale persévéra et entraîna la mort. Enfin, 1 cas de pneumonie tuberculeuse chez une petite fille de cinq ans, atteinte de rougeole, et chez laquelle il est permis de croire que la formation des tubercules était consécutive à la pneumonie, et que si on avait activement combattu celle-ci, la mort ne serait pas survenue.

Le traitement suivi à la clinique de la Pitié n'a pas été malheureux.

Les relevés précédens prouvent que le traitement suivi à la clinique de la Pitié, s'il n'a pas compté plus de succès que toute autre méthode, ce qui est très possible, n'a pas été plus malheureux, puisque les deux tiers des cas où la mort a eu lieu peuvent être regardés comme incurables, et que l'autre tiers se rapportait à des lésions fort graves, et où il est douteux qu'on ait pu guérir par des moyens quelconques.

Généralités sur le traitement suivi à la Pitié; moyens hygiéniques.

Or, voici en quoi consistait ce traitement :

On cherchait avant tout à éloigner les causes organiques des maladies, quand elles pouvaient être saisies, et on attachait à cette indication la plus grande importance. En général, on prescrivait le repos des organes malades; le régime était tantôt affaiblissant, tantôt fortifiant, suivant les circonstances, et l'on n'employait pas toujours la méthode d'exténuation. On avait recours, autant que possible, à des moyens hygiéniques plutôt qu'à des médicamens actifs; dans cette vue, on tenait compte de l'influence de la position du malade ou des parties malades; de l'exercice, du repos; du froid, de la chaleur, de l'humidité; on prescrivait quelquefois les boissons indifféremment; mais, suivant les cas, on en augmentait ou en diminuait les doses, ou on les supprimait complètement.

Cas où l'on employait des moyens actifs.

On ne se hâtait pas d'agir quand la maladie n'était ni grave ni douloureuse, et on se confiait à la nature médicatrice, ou pour se servir d'une autre expression à la tendance qu'a l'organisation à remédier aux lésions qui l'atteignent; mais dès que la maladie affectait gravement des organes importans à la vie, voies aëriennes, organes circulatoires, sang, estomac, intestins, etc., alors une médication active, puissante, et en rapport avec la gravité des cas et avec l'importance des organes, était employée.

Médication anti-phlogistique.

Les saignées générales si souvent utiles les sangsues, les émolliens portés sur les parties enflammées, étaient fréquemment mis en usage. Comment faire différemment quand la nécropsie révélait, dans les cas malheureux, tant de lésions circulatoires, et quand, pendant la vie, il y avait souvent des douleurs soulagées si promptement par les évacuations sanguines? Celles-ci étaient souvent fortes, mais mesurées par l'état du malade. On ne les portait loin qu'après des recherches expérimentales faites sur le sujet pour apprécier

l'effet actuel des pertes de sang; on s'arrêtait et on les redoutait dans les cas d'anémie, surtout lorsqu'une cause quelconque empêchait la chymification ou l'hématose ; dans le cas contraire on saignait largement, mais on ne réitérait pas trop fréquemment les saignées.

Une fois les symptômes disparus sous l'influence des évacuations sanguines, on n'était pas très sévère sur le régime, et on se hâtait de donner des alimens. *Jamais on n'a eu à s'en repentir.* Les convalescences ont été promptes, puisque la durée du séjour des malades a été de dix jours. Et cependant on a largement saigné beaucoup d'entr'eux. Mais bientôt on les a nourris, et ce sont quelquefois ceux-là qui ont guéri le plus vite.

Stimulans de la peau; exutoires.

On a été réservé dans l'emploi des stimulans de la peau et des exutoires. Il a semblé qu'il fallait, dans le traitement des maladies, tenir compte aussi de la douleur des hommes ; quand il y avait du délire on redoutait leur emploi. On se rappelait plus d'un cas de ce genre où les malades se méprenant sur la cause de leur souffrance, l'attribuaient à des violences que des mains ennemies exerçaient sur eux; on ne plaçait point de vésicatoires ou de sinapismes aux agonisans, car c'était bien assez de mourir, sans avoir encore à supporter des douleurs de plus. On ne cautérisait pas la poitrine des phtisiques au troisième degré, car on ne voulait pas les exténuer encore, et rendre inutilement leurs derniers momens plus cruels.

Médicamens anti-périodiques.

Y avait-il de l'intermittence franche et décidée, le sulfate de quinine était donné tout d'abord, car ici l'empirisme est devenu pour ainsi dire rationel, et tout en ne sachant pas comment le quinquina agit dans l'intermittence, nous savons au moins quelles sont les circonstances où il convient. On le donnait à hautes doses, parce qu'alors il réussit mieux, et qu'à l'exception de quelques cas où, lors de l'épidémie de cholera, cette dernière affection s'est déclarée chez quelques individus qui avaient pris du sulfate de quinine, l'emploi de ce médicament a paru exempt d'inconvénient.

Médicamens narcotiques.

L'opium a été donné pour apaiser les douleurs avec des succès variés. L'acétate, l'hydrochlorate de morphine administrés dans le même but, par la méthode endermique, ont souvent réussi. Dans le rhumatisme inflammatoire, le traitement anti-phlogistique a si promptement guéri, qu'il n'y a pas eu nécessité d'y avoir recours, et dans le rhumatisme chronique ils ont été deux fois sans action. Le sirop de pointes d'asperges, préparé par M. Johnson, a calmé quelquefois des malades que rien jusqu'alors n'avait pu soulager; la belladone à l'intérieur et en frictions a paru rendre moins vives quelques douleurs nerveuses. Le datura stramonium a échoué dans un cas de névralgie.

Médicamens drastiques.

Quant aux drastiques, on les a tentés sans succès dans l'ascite et dans plusieurs autres cas. Les lavemens avec les follicules de séné ont été l'un des purgatifs les plus sûrs et les moins dangereux. On a eu cependant à se repentir d'y avoir eu recours chez une femme atteinte d'hémiplégie; le cholera suivit leur emploi; peut-être n'était-ce là qu'une coïncidence. Les drastiques, quand ils agissaient, faisaient perdre de la sérosité au sang, affaiblissaient au moins autant que les saignées, et on ne pouvait point calculer *à priori*, comme on peut le faire pour celle-ci, les pertes qu'ils faisaient subir.

Préparations antimoniales.

Les antimoniaux ont eu presque toujours une action marquée dans l'expectoration. C'est surtout lorsque les bronches livraient difficilement passage à l'air, par suite de liquides accumulés dans leur cavité, que l'indication de les administrer semblait établie. Souvent ils produisaient de nombreuses évacuations alvines, et c'est peut-être alors que leur action sur les bronches était la plus évidente. Le tartre stibié a quelquefois été donné à la dose de huit à douze grains dans les vingt-quatre heures; le kermès minéral a semblé aussi favoriser l'expectoration.

Médicamens puisés parmi les poisons énergiques.

On n'a pas trouvé l'occasion à la clinique d'employer de médicamens aussi dangereux que l'acide hydrocianique, ou l'arsenic, et si cette occasion se fût trouvée, peut-être n'aurait-on pas osé la saisir.

Sudorifiques, toniques, antispasmodiques.

Les plus actifs de tous les sudorifiques ont paru être les boissons chaudes à petites doses, administrées aux malades couchés dans un lit échauffé, et tenus bien couverts.

Loin d'exclure les toniques, on y avait souvent recours, mais on pensait que de bons alimens et de bon vin sont de meilleurs toniques que le quinquina, les amers, et même, dans certains cas, qne les ferrugineux. Cependant le tritoxide de fer a eu dans des cas d'anémie une efficacité incontestable.

Les antispasmodiques, tels que l'éther, le camphre, l'eau distillée de menthe, etc., ont été employés dans quelques cas, mais avec peu de succès.

Circonstances qui dirigeaient dans le choix des diverses méthodes de traitement.

Dans l'emploi des médicamens actifs, on a toujours eu égard à l'importance de la maladie, et on n'aurait jamais donné de tartre stibié pour guérir une affection légère, tandis que l'on avait recours à des doses élevées de ce médicament aussitôt que des râles avaient lieu et que l'expectoration se faisait mal. On choisissait toujours, de deux médicamens à prepriétés analogues, celui qui paraissait être le moins dangereux, parce qu'avant tout il s'agit de ne pas nuire; après cela on peut songer à être utile, et prenant pour exemple les moyens propres à favoriser l'expectoration; on songeait d'abord à la position assise du malade, la tête inclinée en avant, puis à la titillation de la luette avec la barbe d'une plume; on recommandait la privation des boissons quand les fluides renfermés dans les bronches étaient très liquides, abondans et écumeux, et à de l'eau chaude à hautes doses répétées, quand les crachats étaient visqueux, adhérens et en petite quantité. On songeait au polygala, à l'ipécacuanha, à l'oximel scillitique,

lorsque l'expectoration ne s'établissait pas sous l'influence de ces moyens, et s'il arrivait que le cas fût dangereux ou urgent, on avait recours sans hésitation au tartrite antimonié de potasse à hautes doses.

Avantage de la médecine rationnelle sur la médecine empyrique.

En définitive, le traitement suivi à la clinique a été simple. C'est sur un diagnostic exact qu'on a surtout cherché à l'établir, et presque jamais un médicament ou un moyen n'a été prescrit qu'on n'ait cherché, autant que la faible intelligence de l'homme le permet, à déterminer la circonstance d'organisation qui l'exigeait. C'était au moins une consolation pour le médecin, c'était faire de sa conduite une chose de raison, et quand il serait vrai, ce qui est douteux, que la médecine empirique soit aussi heureuse, la médication rationnelle serait préférable, puisque ce serait au moins la raison qui dirigerait dans ce cas, tandis que le hasard serait la seule règle de l'autre.

Les succès qui ont été obtenus à la clinique paraissaient avoir d'autant plus de prix qu'ils avaient été suivis de l'emploi de moyens plus simples et moins dangereux; et nous avons éprouvé plus de satisfaction en voyant se guérir un anasarque par un changement de position du tronc, que si nous avions obtenu ce résultat par des moyens plus actifs. Les revers enfin nous paraissaient moins pénibles quand ils étaient prévus, et que le diagnostic avait appris par avance la terminaison fâcheuse de la maladie.

Ici se termine un travail auquel j'avais d'abord voulu donner beaucoup moins d'extension, mais il a pris de l'accroissement à mesure qu'il se poursuivait. Bien des faits auraient dû être donnés avec plus de détails, et je sens toute l'imperfection de ce compte rendu; mais au moins, ce que je puis affirmer, c'est que les résultats qu'il renferme ont été recueillis sans opinion préconçue, avec conscience, avec le désir d'être utile à la science et aux élèves, et surtout avec celui de répondre à l'honorable confiance que la faculté a bien voulu m'accorder en me chargeant par intérim du service que la mort de mon ancien maître venait de laisser vacant.

FIN.

MÉMOIRE

SUR

LA PNEUMONIE HYPOSTATIQUE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE

MEMOIRE

SUR

LA PNEUMONIE HYPOSTATIQUE

OU

ENGOUEMENT PULMONAIRE.



Le mot *pneumonie*, *pneumonite*, *péripneumonie*, etc., se rapporte à des états organiques du poumon bien différents par leurs causes, leur nature, leur marche et leur traitement. Sans parler de la grande distinction en aiguë, connue depuis si long-temps, et en chronique, sur laquelle les travaux de M. Broussais seront toujours étudiés avec tant de fruit ; sans rappeler les belles recherches de MM. Cruveilhier, Andral sur les pneumonies partielles; les travaux de Laënnec sur la gangrène du poumon ; l'admission qu'a faite ce dernier de la pneumonie symptomatique, etc. , il est encore d'autres distinctions qui paraissent capitales ; car c'est seulement lorsqu'on les aura faites, qu'il sera possible de s'entendre sur le traitement, et d'établir des tableaux sur le nombre de succès ou de revers qui auront suivi l'emploi de telle ou telle méthode.

Ce qui sera vrai pour la pneumonie franche et aiguë attaquant tout d'abord le parenchyme du poumon, cessera de l'être pour celle qui se manifestera lentement, obscurément, à la suite d'une bronchite, ou de l'irrita-

tion des vésicules pulmonaires par de la mucosité non expectorée. L'une et l'autre seront différentes de cette pneumonie partielle, lobulaire, suivie d'abcès circonscrits, et qui semble être le résultat du dépôt dans la trame du tissu pulmonaire, de pus absorbé ailleurs; ou encore la suite de l'action dangereuse que le mercure porté dans la circulation (Cruveilhier) ou que les substances visqueuses ingérées dans les veines (Gaspard et Magendie), peuvent exercer sur la circulation pulmonaire. Toutes ces affections du poumon diffèrent non moins d'un autre état organique bien plus commun, non moins grave, qui se présente souvent comme maladie principale, d'autres fois comme affection secondaire : je veux parler de la lésion que Bayle a appelée engouement pulmonaire, sur laquelle Laënnec a insisté, que M. Andral a étudiée avec soin, dont j'ai fait mention dans plusieurs écrits depuis 1828, et qui est dans un hospice de vieillards, tel que la Salpêtrière, une des maladies qu'on voit le plus, et qui cause le plus souvent la mort. Le mot d'*engouement pulmonaire* est trop vague pour donner une idée de l'affection dont il s'agit. Celui de *pneumonie hypostatique* paraît être bien plus convenable; car il désigne d'une part la lésion qu'on trouve sur le cadavre, et de l'autre, son siége exclusif, qui est le cachet spécial de cette affection. Déjà M. Andral, parlant des congestions qui se manifestent après la mort, avait admis une hypérémie par hypostase.

Tous les anatomo-pathologistes ont été frappés de voir, sur presque tous les cadavres, les poumons vers leur racine être gorgés de sang. La plupart des médecins considèrent encore cet état comme une lésion cadavérique, résultat de la pesanteur des liquides; le nom d'*engouement cadavérique* est en quelque sorte consacré par l'usage, et on a entièrement comparé cet engouement aux congestions sanguines de la peau, qu'on

remarque si souvent sur le dos des sujets de nos amphithéâtres. Toutes les fois, dit M. Andral, qu'un individu meurt ayant encore une certaine quantité de sang, on trouve que son poumon en est gorgé surtout postérieurement, lorsque le cadavre, comme c'est le plus habituel, est resté couché sur le dos. « Dans les cas même, ajoute-t-il, où la mort a eu lieu dans un état d'anémie générale, on retrouve ordinairement une congestion sanguine dans les parties les plus déclives du parenchyme pulmonaire » (*An. path.*, t. 2, p. 504). Cet observateur a aussi remarqué qu'on peut produire à volonté des rougeurs dans la peau, le cerveau, les parties postérieure, antérieure ou latérale du poumon, lorsqu'on laisse le cadavre sur le dos, ou qu'on le couche, soit en avant, soit de côté (*Id.*, t. 1, p. 63).

Du reste, on avait admis que dans les heures qui précèdent la mort, ce phénomène pouvait avoir lieu; et M. Bourdon, considérant la circulation comme sous l'empire de deux forces, l'une active, le cœur; l'autre passive, la pesanteur, croyait qu'aux approches de la mort, la seconde prenant de l'avantage sur la première, il en devait résulter plusieurs phénomènes de congestion hypostatique chez les sujets débilités. Bayle avait observé que dans les *derniers moments* de la vie, les poumons s'engorgent du côté sur lequel le corps se trouve être incliné. M. Chomel a vérifié l'exactitude de cette observation en la répétant plusieurs fois. Béclard a aussi repris ces expériences, et s'est, dit-on, assuré que l'assertion de Bayle n'est vraie que pour les cas *où la mort a été précédée* d'une longue agonie. Laënnec, qui a esquissé quelques traits de l'histoire de la pneumonie qui survient dans le cours des fièvres graves, dit que cette affection n'a guère lieu qu'aux approches de l'agonie, mais qu'il est *probable* aussi que souvent *elle la détermine*; l'œdème du poumon, ajoute-t-il ailleurs, qui

survient aux approches de la mort, dans quelque maladie que ce soit, est ordinairement partiel, et occupe le plus souvent les parties postérieure et inférieure du poumon, comme *l'infiltration cadavérique* sanguine, à laquelle il est alors presque toujours réuni, et qui se remarque particulièrement dans les points les plus déclives. M. Andral admet aussi que dans les cas où il y a eu une longue agonie, et dans ceux où une gêne mécanique a amené la mort par asphyxie, on trouve cette congestion dans les parties les plus déclives du parenchyme pulmonaire, etc.

Il résulte de tout ceci, que l'engouement sanguin ou séreux qu'on rencontre en arrière dans le poumon des cadavres, a été considéré comme l'effet de la pesanteur des liquides après la mort, ou au moins comme un phénomène qui a lieu dans les derniers temps de la vie. En 1828, j'avais moi-même cette opinion (*De la percussion médiate*, p. 97). D'innombrables faits, recueillis à la Salpêtrière et à la Pitié, ont modifié cette première manière de voir, et m'ont conduit à penser : que la pneumonie hypostatique précède de beaucoup la mort, est prise bien souvent pour des bronchites qu'elle peut, il est vrai, compliquer, et que c'est à elle qu'est due la mort d'un grand nombre d'hommes.

J'avais d'abord l'intention de publier un très-grand nombre d'observations relatives à la maladie qui fait le sujet de ce travail; mais, quand il s'est agi de les réunir, l'analogie existant entre elles était si grande, que c'étaitrépéter inutilement des faits qui auraient présenté sans cesse le même tableau seulement avec quelques modifications dans des circonstances purement accessoires. De lit en lit, à la Salpêtrière, comme dans les autres hôpitaux de vieillards, ou encore dans quelque hôpital que ce soit, chez des sujets affaiblis, on trouvera, j'espère, l'exactitude du tableau que je vais tracer; je mentionnerai donc peu d'observations détaillées, et c'est

précisément parce que l'hospice de la Salpêtrière était une source trop grande de richesse, que je n'ai pas voulu user de toutes celles qui m'étaient offertes.

1[re] OBSERVATION. — *Pneumonie hypostatique simple et primitive.* — *Guérison.*

Une femme, âgée de soixante-dix ans, entra le 4 décembre 1830, à l'infirmerie de la Salpêtrière. Elle était faible, mais pléthorique, colorée, ses capillaires étaient rouges. Elle éprouvait quelques douleurs dans les membres, qui la forcèrent à s'aliter. Elle ne présentait aucun autre symptôme de maladie. La résonnance et l'élasticité de la poitrine étaient parfaites, la respiration partout très-pure. Le quatrième jour, à partir de son entrée, le son du poumon s'obscurcit, surtout à droite, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, et dans la largeur de la paume de la main. Sur ce point la respiration s'affaiblit sensiblement, quoique ailleurs elle restât la même. On n'entendait aucun râle. Le lendemain, augmentation dans la matité, diminution dans l'élasticité; l'obscurité du son a lieu dans un espace plus étendu. Le cœur droit, mesuré par le plessimètre, est plus volumineux que la veille. *Diagnostic :* engouement pulmonaire. *Prescription :* Une forte saignée, recommandation à la malade de changer fréquemment de position, tisane pectorale. Le lendemain, diminution des accidents, la matité est moins grande, l'élasticité revient, le cœur n'est plus aussi volumineux. *Prescription* : la demie, eau vineuse. Les jours suivants, guérison de la malade, qui sort de l'infirmerie.

2ᵉ Observation. — *Pneumonie hypostatique simple et primitive. — Congestion dans les parties déclives du poumon.*

Une femme, âgée de soixante-cinq ans, dont le ventre était très-volumineux, entra à l'infirmerie de la Salpêtrière. Son énorme grosseur gênait sa marche, et elle restait au lit depuis long-temps dans les salles sans se plaindre du reste d'autres accidents. Les poumons, dans les premiers temps de son séjour, n'offraient, ni par l'examen des symptômes, ni par celui des signes, aucun indice de lésion. Quelques jours après, une matité d'abord légère, puis de plus en plus marquée, et accompagnée ensuite de résistance au doigt, se manifesta en arrière; pendant trois jours il n'y eut pas de râles; ceux-ci se dessinèrent alors, mais l'on n'entendit jamais de crépitation pure; la respiration devint alors fréquente, de la toux sans expectoration se déclara, et l'asphyxie survint; à la mort on trouva les lésions suivantes :

Toutes les parties déclives des poumons dans le coucher sur le dos étaient gorgées de sang, et au 1ᵉʳ degré de la pneumonie, tel qu'il est admis par les auteurs. Cet état était d'autant plus marqué que le poumon était examiné plus inférieurement; les autres parties de l'organe contenaient de la spumosité, et étaient crépitantes. Rien à signaler dans les autres viscères et dans le cerveau, si ce n'est de la congestion marquée surtout vers les parties déclives.

3ᵉ Observation. — *Pneumonie hypostatique simple et primitive. — Hépatisation rouge des parties du poumon les plus déclives.*

Une femme, âgée de soixante-quinze ans, faible, mais pléthorique, entra, au commencement de mars 1831,

dans l'infirmerie de la Salpêtrière. Elle ne toussait pas, mais une entorse l'avait fait rester depuis quelque temps au lit; elle n'avait éprouvé ni point de côté, ni fièvre; ses crachats n'avaient pas été teints de sang. La percussion plessimétrique en arrière, et l'auscultation faisaient trouver la sonoréité la plus parfaite et la plus exempte de râle. Deux jours après, il n'en était plus ainsi : une légère matité et un affaiblissement dans le bruit respiratoire, se manifestèrent des deux côtés, mais surtout à droite, au niveau des tubérosités costales, et à la hauteur des angles de l'omoplate. La fièvre, la toux, ne s'étaient pas encore déclarées, et il n'y avait pas de difficulté à respirer. Les jours suivants, les signes physiques prirent encore un caractère plus tranché. De la fièvre se déclara, la langue se sécha, devint noire; il ne se manifesta pas de symptômes gastro-intestinaux. Une saignée médiocre n'arrêta pas les accidents, et des boissons pectorales n'eurent pas plus d'efficacité. La matité fut accompagnée plus tard de résistance au doigt; des râles crépitant, sous-crépitant, muqueux, se déclarèrent; la trachée se remplit d'écume; la mort survint le quinzième jour de l'entrée de la malade.

Sur les deux points où l'on avait trouvé la matité des premiers temps, c'est-à-dire sur les parties les plus déclives, dans le coucher sur le dos, les poumons étaient solides, pesants, granuleux à l'incision et à la déchirure, pénétrés de sang, et très-rouges; au-dessus, ils étaient aussi colorés, mais flasques, celluleux, remplis de spumosités rougeâtres, en un mot atteints du premier degré de la pneumonie. Les bronches des autres parties de ces organes contenaient une écume claire; les plèvres, le cœur, le tube digestif, étaient exempts de lésions.

4e OBSERVATION. — *Pneumonie hypostatique simple et primitive. — Hépatisation grise, et suppuration des parties les plus déclives des poumons qui avaient été les premières malades.*

Une femme âgée de quatre-vingts ans, et n'ayant jamais éprouvé de maladie grave, entra à l'infirmerie de la Salpêtrière, salle St-Mathieu, le 6 novembre 1829. Elle était faible, cacochyme. Le thorax était sonore en arrière, et la respiration s'accomplissait faiblement, mais d'une manière pure. Il n'y avait ni toux, ni difficulté à respirer, ni symptômes gastro-intestinaux, ni fièvre. On ne vit dans ce cas d'autre lésion que la plus incurable de toutes, la vieillesse. La poitrine fut examinée à plusieurs reprises les jours suivants, et les résultats de l'exploration ne varièrent que sous le rapport de la matité qu'on trouvait en arrière. Peu à peu le son s'obscurcissait vers les angles inférieurs de l'omoplate de chaque côté, et la respiration s'affaiblissait chaque jour. On n'entendait point, et on n'entendit jamais de râle crépitant ; cependant ces symptômes prirent lentement de l'intensité, et le 12 novembre la matité était très-marquée; il y avait surtout à droite de la résistance au doigt; la respiration devint gênée, elle se fit plutôt par les côtes que par le diaphragme; la langue se couvrit d'un enduit épais, se sécha, et noircit le lendemain; le pouls donna quatre-vingts pulsations par minute. Absence de point de côté et de crachats rouillés.

Diagnostic : engouement pulmonaire, qui se complique de preumonie aiguë. *Prescription*, saignée proportionnée à son influence sur le pouls, tisane pectorale, looch, diète.

L'état de la malade ne fut pas modifié par ces moyens, il s'aggrava de plus en plus, du râle muqueux vint se joindre à ces symptômes. Aucune expectoration ne se

fit, l'asphyxie par l'écume bronchique eut lieu, et la mort survint le 22 novembre, et le 16e jour de l'entrée de cette malade.

Les parties les plus basses du poumon des deux côtés, mais surtout à droite, étaient à l'état d'hépatisation grise, solides, mais friables; elles laissaient ruisseler du pus par la surface des incisions qu'on faisait sur elles. C'était surtout à droite que cette altération était plus avancée. Un peu plus haut, et dans la hauteur d'un pouce, le poumon était rouge, ferme, grenu, consistant; plus haut encore, il y avait seulement ce qu'on appelle engouement cadavérique. Toutes les parties de l'organe supérieures aux portions malades dans le coucher sur le dos, ne présentaient d'autres lésions que de la crépitation et de l'écume qui avait causé l'asphyxie. La surface interne de la membrane muqueuse bronchique, livide, était recouverte d'une couche de mucosité très-sanguinolente; et cela d'autant plus qu'on la considérait dans des bronches plus inférieures; il n'y avait pas de pleurésie; le cœur était distendu par des quantités assez considérables de sang; les parties les plus déclives du tube digestif présentaient des arborisations et du pointillé rouge.

La pneumonie hypostatique, dans les observations suivantes, a été consécutive à d'autres affections.

5e Observation. — *Tubercules, bronchite, pneumonie hypostatique consécutive; congestion ou engouement des poumons.*

Desorgnes, âgé de soixante-dix ans, d'une constitution grêle, cacochyme, affaibli par la misère et le temps, entra à la clinique de la Pitié, salle St-Joseph, n° 8, le 22 mai 1832. Il y avait long-temps déjà qu'il toussait; mais cette toux

ne différait point de celle de la bronchite des vieillards. On crut faire une œuvre de charité en laissant cet homme passer quelques jours dans les salles. Il n'y avait ni sueurs, ni dévoiement, et la respiration s'exécutait librement en arrière comme en avant; la sonoréité et l'élasticité des poumons en arrière était parfaite. Le 23 mai, la sonoréité était diminuée, la respiration moins libre; le pouls était devenu fréquent et fébrile, la peau chaude; expectoration de quelques mucosités opaques et blanchâtres; rien du côté du cœur, des organes de la digestion et du cerveau.

Le 25, la gêne de la respiration, la matité en arrière vers l'angle inférieur de l'omoplate, et au niveau des tubérosités costales, était augmentée, l'auscultation faisait à peine entendre le murmure respiratoire, et les accidents généraux augmentaient.

Le 26, aux signes physiques précédents qui prennent de plus en plus d'intensité, viennent se joindre des râles muqueux sur plusieurs points du thorax, de l'affaiblissement dans l'intelligence, de l'assoupissement et de la rêvasserie; le pouls devient très-fréquent et plus fort; la face est animée.

Le 27, les râles sont plus manifestes, on les entend par l'auscultation à distance; les symptômes cérébraux augmentent, il y a des selles spontanées, la matité s'étend en arrière, le pouls est très-fréquent et très-faible, la face est livide et cadavéreuse, la langue et les lèvres sont sèches et noirâtres, une sueur froide couvre la peau; la mort a lieu le 28 mai par l'asphyxie que détermine l'écume bronchique.

Nécropsie. Les poumons remplissent la poitrine et ne s'affaissent pas lors de l'ouverture, la partie postérieure et inférieure de ces organes, surtout du droit, est atteinte du premier degré de la pneumonie, et tout-à-fait en bas dans le coucher sur le dos, on distingue les gra-

nulations du second. Sept ou huit tubercules évidemment fort anciens, les uns solides, les autres ramollis; ceux-ci du volume d'un pois, ceux-là d'une noisette, se trouvent dans les lobes supérieurs des poumons. Les bronches, rouges à l'intérieur et nullement dilatées, sont remplies d'une écume bien plus abondante encore dans les vésicules. Le cœur et le tube digestif ne présentent aucune lésion digne d'être notée. Le cerveau n'offre point de trace d'hémorragie ancienne ou récente, ou de ramollissement; il n'y a qu'une injection veineuse assez remarquable.

Ici la pneumonie hypostatique suivie de l'asphyxie par l'écume bronchique et par la mort a été la conséquence d'une bronchite entretenue par les tubercules existant dans les poumons. Il serait facile d'accumuler bien des faits de ce genre, car il est peu de bronchites terminées d'une manière fâcheuse qui ne se compliquent de pneumonie hypostatique, et il est peu de phthisiques desquels on ne puisse en dire autant.

6ᵉ Observation. — *Entérite typhoïde. — Pneumonie hypostatique consécutive. — Ramollissement et granulations rouges dans les parties des poumons les plus déclives, et qui les premières avaient été affectées.*

Richard, âgé de vingt ans, entra le 18 mai à la clinique de la Pitié, salle Saint-Joseph, n° 1. A part l'enduit de la langue et des dents, il présentait tous les symptômes d'une fièvre typhoïde. Dans la crainte d'entrer dans des détails étrangers au sujet de ce mémoire, je ne noterai que les faits suivants : Le 19 mai, à peine trouve-t-on en arrière dans les poumons un peu de matité et quelques râles muqueux, sans respiration ou voix bronchiques; les jours suivants, la matité augmente graduel-

lement, les râles deviennent plus abondants. La respiration, gênée par la difficulté que le météorisme met à l'abaissement du diaphragme, devient très-fréquente ; il y a une légère strie de sang dans un crachat ; c'est alors seulement que la langue se dessèche, se recouvre d'un enduit noirâtre, et que des symptômes cérébraux se manifestent. Le onzième jour de l'entrée du malade, les mucosités accumulées dans les bronches menacent d'une suffocation prochaine, qui, malgré l'emploi du tartre stibié à haute dose, a lieu le lendemain. L'iléon présente quinze ulcérations au-dessus et au niveau de la valvule iléocœcale : les poumons, libres d'adhérences, sont atteints en arrière et des deux côtés d'un engouement remarquable ; ils sont gorgés de sérosité et mous à la partie déclive dans le coucher sur le dos ; là aussi ils présentent à la déchirure des granulations rouges : une spumosité abondante se rencontre dans les bronches et les vésicules. Le cœur est de volume ordinaire. Le cerveau est exempt de lésion.

Ici la pneumonie hypostatique s'est développée à la suite de l'entérite typhoïde et du coucher sur le dos qu'elle a nécessité. Il me serait facile de joindre vingt cas analogues à celui-ci, mais l'observation journalière des praticiens y suppléera. Remarquons que dans ce cas comme dans tant d'autres, c'est encore la lésion pulmonaire qui a causé actuellement la mort par asphyxie.

7e Observation (*recueillie par M.* Gorré).— *Erysipèle de la tête. — Pneumonie hypostatique. — Hépatisation rouge des parties déclives des poumons.*

La femme Mebelle, âgée de quatre-vingts ans, entra à l'infirmerie de la Salpêtrière, le 25 décembre 1832,

pour un érysipèle de la tête dont l'histoire trouvera plus utilement sa place ailleurs. Pendant les premiers jours de cette maladie, la percussion et l'auscultation de la poitrine en arrière ne donnèrent que les résultats qu'on obtient dans l'état normal, c'est-à-dire de la sonoréité et de la matité. Après avoir éprouvé une série d'accidents nombreux et relatifs à l'érysipèle, et dont l'histoire serait déplacée ici, la malade étant continuellement restée couchée sur le dos, on s'aperçut le 7 janvier que toutes les parties du corps qui reposaient sur le lit étaient rouges et érysipélateuses; en même temps la partie postérieuse de l'un et de l'autre poumon donna lieu à une légère matité et à une diminution dans le bruit respiratoire. Le 8, les signes de la lésion pulmonaire deviennent plus manifestes. Il se joint des râles aux autres symptômes physiques. En même temps une réaction vive a lieu. Les accidents prennent de l'intensité les jours suivants; la mort a lieu le 11 dans la nuit. Les poumons sont engoués surtout à leur racine; ils sont sur ce point durs, compacts, violacés. Leur tissu incisé laisse échapper par la pression une grande quantité de sang mêlé d'écume. La trachée artère et les bronches sont remplies de spumosités. Les autres détails de cette nécropsie sont étrangers au sujet de ce mémoire.

Dans deux autres cas d'érysipèles terminés par la mort, les accidents du côté du poumon ont marché précisément de la même manière, et les mêmes altérations ont existé sur le cadavre.

8e Observation (*recueillie par* M. Gorré). *Hémorragie cérébrale. — Pneumonie hypostatique. — Suppuration des poumons dans les parties déclives qui, les premières avaient été affectées.*

La femme Boutigny, âgée de soixante-huit ans, affectée

depuis neuf ans d'hémiplégie à droite, n'a eu, depuis quatre ans de séjour dans l'hospice de la Salpêtrière, qu'une attaque légère. Le 15 février au matin, sans aucun prodrôme, elle perd tout-à-coup connaissance : résolution complète des membres droits, contracture à gauche, sensibilité nulle des deux côtés, stertor; saignée d'une livre deux heures après. Cette femme fut conduite à l'infirmerie. Il y eut, sous le rapport de l'affection cérébrale, des variations intéressantes dans les symptômes; mais il suffit de dire, relativement au sujet de ce mémoire, que Boutigny fut constamment plongée dans un coma profond, qu'elle n'exécuta presqu'aucun mouvement et qu'elle resta couchée sur le dos. Comme on prévoyait dès-lors le développement de la pneumonie hypostatique, et qu'on voulait l'étudier avec soin, on rechercha et on suivit avec beaucoup d'attention les signes physiques et les symptômes fonctionnels que la poitrine présentait.

Or, le 5, à la visite, 20 mouvements respirateurs par minute, inspiration facile comme dans l'état de santé. Aucun râle par l'auscultation à distance. Point de toux. Pouls à quatre-vingt-cinq pulsations, fort et régulier. La poitrine, percutée et auscultée en arrière et au niveau des tubérosités costales, donne partout une sonoréité et une élasticité parfaites. Il n'y a aucune espèce de râle.

Le 16 au matin, les mouvements inspirateurs sont plus fréquents; légère matité en arrière au niveau des tubérosités costales, diminution du murmure respiratoire sur les mêmes points où la résonnance est moins claire.

Le 17, à la visite, les mouvements inspirateurs se succèdent au moins trente fois par minute. La dilatation de la poitrine se fait surtout par les côtes; le pouls est à quatre-vingt-dix pulsations, et la peau est très-chaude. La percussion, qui continue à donner en avant et en haut une sonoréité très-pure, fait reconnaître en arrière, au niveau des tubérosités costales et de l'angle inférieur du scapu-

lum, une matité très-prononcée, avec un certain degré de résistance au doigt. L'auscultation ne fait pas trouver de respiration sur ce point, et on s'est assuré qu'aucun râle ne s'y faisait encore entendre.

La mort eut lieu dans la soirée; c'est-à-dire, soixante et quelques heures après l'invasion.

On trouva à la mort la lésion cérébrale qui avait été prévue : une hémorragie abondante dans les parties externes des couches optiques et des corps striés gauches, qui s'était étendue entre le cerveau et ses membranes et entre la pie-mère et l'arachnoïde, et qui avait pénétré presque entre toutes les circonvolutions des deux côtés. Ce n'est pas ici le lieu de parler des détails intéressants de cette nécropsie, sous le rapport du cerveau, dans le corps strié duquel on trouva deux petits kystes de la grosseur d'un grain de chenevis et contenant de la sérosité.

Le cœur, ainsi qu'on l'avait reconnu pendant la vie, avait un peu plus de quatre pouces dans tous les sens: par conséquent il n'était pas volumineux; mais, comme cela a lieu pour les sujets chez lesquels la mort survient promptement, il avait de la dureté et de la résistance au doigt qui le pressait. Les poumons étaient parfaitement sains en avant et en haut; mais leur racine et les lobes inférieurs de l'un et de l'autre côté étaient livides, compacts; le tissu du lobe inférieur droit très-dur, laissait écouler, quand on l'incisait, une grande quantité de sang. Il en était ainsi du côté gauche; mais de plus les parties tout à-fait déclives dans le coucher sur le dos, offraient à l'incision une apparence grisâtre, et si on les comprimait, il s'écoulait des cellules et des bronches un fluide bien évidemment purulent et des mucosités spumeuses.

Aux observations précédentes ajoutons les faits suivants :

Le matin, au réveil, chez presque tous les hommes

pléthoriques, les poumons percutés et auscultés résonnent moins en arrière et respirent moins qu'à d'autres heures du jour. Dans les gastro-entérites, avec réaction fébrile qui a nécessité le repos au lit chez des sujets sanguins, on observe le même fait. Dans les fièvres éruptives, avant que la diète ou les saignées aient fait perdre du sang, Avenbrugger avait noté la matité que donne le poumon en arrière; j'ai souvent constaté d'une part la même chose, et de l'autre la diminution de la respiration. Dans plusieurs angines, soit à la Pitié, soit en ville, des faits du même genre ont été observés. Dans une multitude de cas analogues, des saignées ont rendu d'une manière presqu'instantanée de la sonoréité et de l'élasticité au poumon, et à leur suite, la respiration vésiculaire s'est plus largement faite dans cet organe. Joignons encore à ceci les considérations anatomiques suivantes : Le poumon contient une multitude de vaisseaux et une grande quantité de sang; il est aréolaire, et l'air qui se trouve dans ses vésicules ne peut guère s'opposer à l'expansion dont les vaisseaux pulmonaires pourraient être atteints, tandis que pour le cerveau, l'estomac, le foie, etc., il y a des agents de compression qui leur sont extérieurs et qui peuvent s'opposer jusqu'à un certain point à la distension de leurs vaisseaux. Rappelons-nous enfin les nombreuses relations que le poumon a avec le cœur, la respiration avec la circulation, et nous aurons les éléments nécessaires pour tracer l'histoire de la pneumonie hypostatique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

On trouve dans la pneumonie hypostatique la plupart des degrés et des apparences de la pneumonie aiguë et franche, de sorte que, pour éviter d'étendre ce mémoire, je puis renvoyer à l'histoire de l'anatomie pa-

thologique proprement dite, si bien décrite par Laënnec et par M. le professeur Andral.

Dans l'une comme dans l'autre, il peut y avoir simple injection de vaisseaux, exsudation de liquide séreux, muqueux ou rougeâtre dans les vésicules; conservation de ces vésicules qui contiennent encore de l'air et de la sérosité; consistance diminuée dans le poumon; rougeur ou teinte noirâtre foncée; augmentation de poids; retour des parties, par le lavage, à une coloration et à une mollesse normales. Les vaisseaux, les bronches peuvent être apparents, ou bien des granulations rougeâtres, indurées, paraissent à la surface d'une déchirure faite au poumon, et remplacent en quelque sorte les vésicules de l'état normal; alors l'organe, ferme en apparence, s'écrase cependant sous le doigt qui le presse, et le lavage ne parvient pas à lui rendre des traces de son organisation primitive. Lorsque la pneumonie hypostatique a duré plusieurs jours, du pus se trouve quelquefois dans les vésicules, ruissèle de la surface pulmonaire incisée, qui offre une teinte gris-jaunâtre plus ou moins étendue; quelquefois il arrive que la suppuration a lieu seulement dans quelques vésicules entourées de granulations rouges, et, dans certains cas, elle envahit toutes les aréoles du lieu où la pneumonie hypostatique a son siége.

D'autres fois encore, et cela lorsque la maladie s'est de beaucoup prolongée, au centre des parties grenues ou remplies de mucosités, de sang ou de pus, quelques points d'une apparence grisâtre, peu fermes, mais d'une consistance friable, arrondis, quelquefois fort petits, et de la grosseur présumée d'une vésicule, d'autres fois plus volumineux et semblant comprendre plusieurs aréoles, tantôt confondus avec l'organe, tantôt paraissant en être isolés par une membrane mince, en un mot des corps d'apparence tuberculeuse, se trouvent dans les parties les plus déclives des poumons.

Quelquefois enfin, au centre de parties depuis longtemps engouées, se rencontrent des concrétions qui conservent encore l'apparence des corps précédents, mais qui sont dures et crétacées. Dans un cas où il y avait une multitude de gouttelettes d'apparence purulente, dont chacune représentait à peu près la grosseur d'une vésicule, et qui étaient entourées d'innombrables granulations rouges de même volume, il y avait aussi un grand nombre de petites concrétions arrondies que j'ai fait voir à M. Breschet; leur dimension était à peu près la même que celle des gouttelettes de pus et des corpuscules rougeâtres. Enfin, dans quelques cas, on trouve des ulcérations, mais plus souvent des dilatations bronchiques.

Dans certains cas, ce qui est rare, de la sérosité est infiltrée dans le tissu cellulaire du poumon. On s'assure, par la pression des parties où cette infiltration a son siége (pression qui ne fait pas refluer la sérosité par les bronches), que le fluide n'est pas contenu dans les vésicules. Bien plus souvent, au contraire, des liquides, et surtout de la mucosité écumeuse, sont contenus dans les aréoles.

Dans la pneumonie hypostatique, la coloration, l'épaisseur des bronches varient. Celles-ci, lorsque l'engouement sanguin est considérable, sont souvent très-rouges. Comme la mort des sujets qu'on examine a lieu par l'asphyxie produite par l'écume bronchique, on trouve dans les autres organes les congestions sanguines et vasculaires qui suivent cette dernière affection.

Les caractères précédents sont communs à la pneumonie proprement dite et à la pneumonie hypostatique; mais voici quelques traits qui sont spéciaux à cette dernière :

C'est presque constamment à la racine du poumon que la pneumonie dont il s'agit a son siége. Cette partie de l'organe étant plus riche en vaisseaux que les autres, et, dans le coucher sur le dos, étant aussi la plus déclive, c'est aussi là qu'on rencontre la maladie portée à un plus haut degré. La portion de poumon d'abord malade, et qui reste la plus affectée, correspond à l'angle inférieur de l'omoplate, et son étendue est variable en raison de l'ancienneté et de l'intensité de la maladie.

Les limites qui séparent les points affectés des parties saines ne sont point en rapport avec les divisions du poumon en lobes, lobules, ou lobellules, de sorte qu'on ne peut pas dire qu'un lobe soit affecté plutôt qu'un autre. Toute la masse pulmonaire déclive, par rapport aux autres parties du poumon dans le coucher sur le dos, est seule altérée.

Le point le plus malade est situé le plus inférieurement possible, et correspond ainsi à l'excavation qu'on observe dans le thorax de chaque côté de la colonne vertébrale. C'est là qu'existe souvent de l'hépatisation et quelquefois même de la suppuration, et, dans des cas moins nombreux, des tubercules. Un peu plus haut, le tissu du poumon est moins altéré. S'il est au troisième degré en bas (toujours dans la supination du corps), il est au deuxième, un peu plus haut; au premier, un peu au-dessus; il n'y a *d'autre altération* tout-à-fait en haut, que la présence de spumosités ou de mucosités dans les bronches, qui constitue la lésion anatomique propre à l'asphyxie produite par l'écume bronchique.

Si, après avoir coupé les parois costales, on laisse le poumon en place et fixé par sa racine, on peut constater par le toucher et par la vue, que c'est sur une ligne à peu près de niveau qu'ont lieu les transitions dans les

divers degrés de la maladie, ou le passage des points affectés à ceux qui sont sains.

Cependant la partie du poumon qui, en arrière, est tout-à-fait voisine de la circonférence de la base, bien qu'elle soit très-basse, n'est pas toujours aussi altérée que les points qui correspondent à la racine de l'organe, et même que ceux des lobes supérieurs. Il y a tout lieu de penser qu'un plus petit nombre de vaisseaux situés sur ce point, ou que quelque autre particularité de structure indéterminée, telle, par exemple, que la compression exercée par le foie ou par les viscères abdominaux, est la cause de ce fait.

Des deux poumons, c'est le droit qui, dans les cinq sixièmes des cas, est le plus affecté, et tandis qu'il est quelquefois parvenu à l'état de suppuration, ou au moins d'hépatisation rouge, le gauche est à peine engoué ou coloré par du sang; mais à quelque degré que l'affection soit parvenue, c'est de chaque côté toujours en bas, que le point le plus malade s'observe. Beaucoup d'auteurs ont noté la fréquence de la pneumonie aiguë à droite, mais cette fréquence n'approche pas de celle qu'on observe dans la préférence que la pneumonie hypostatique affecte pour le côté droit.

L'existence de la pneumonie hypostatique, le degré de la coloration, de l'engouement, de l'hépatisation, sont subordonnés aux quantités de sang du sujet pendant la vie, et à l'ancienneté du mal. Dans les cas où, comme dans la mort qui suit une hémorragie ou le choléra, de grandes pertes de liquides ont eu lieu en peu de temps, on trouve seulement un peu de rougeur vers les parties déclives; aussi les poumons des animaux chez les bouchers ne présentent point d'engouement. Lorsque la mort est survenue lentement, et que le sujet a été en même temps anémique, il y a encore peu de rougeur, mais le poumon est plus ferme et contient dans ses cellules une sérosité

qui s'épaissit dans quelques cas. Tel fut le poumon de plusieurs cancérées observées dans notre service. Quand les sujets ont davantage de sang, et que la mort a succédé à une courte agonie, toute la partie déclive des poumons, et quelquefois à une grande hauteur, est frappée d'une sorte de splénification plus marquée encore en bas qu'en haut; lorsqu'enfin les sujets ont été longtemps malades avant de mourir, et que cependant ils ont conservé beaucoup de sang, on observe l'hépatisation avec des nuances diverses.

Si les auteurs qui prétendaient que la pneumonie et la pleurésie n'étaient pas indépendantes l'une de l'autre et ne pouvaient guère exister isolément, avaient ouvert beaucoup de cadavres de vieillards ou de gens qui ont succombé à la pneumonie hypostatique, ils auraient vu qu'il est très-rare de voir la pleurésie compliquer celle-ci; que presque toujours la lésion pulmonaire existe seule; que les épanchements de sérosité qu'on trouve quelquefois dans la plèvre ne coexistent pas avec de fausses membranes récentes ou avec un épaississement de la membrane séreuse; et cette circonstance si remarquable: d'une part la fréquence de la pleurésie dans la pneumonie aiguë et franche, et de l'autre sa rareté dans l'affection qui fait le sujet de ce mémoire, est sans contredit une des différences les plus importantes qu'il y ait à noter, sous le rapport de l'anatomie pathologique, entre ces deux dernières affections.

Si l'on percute médiatement les poumons d'un cadavre atteint de pneumonie hypostatique, on trouve des variations de sonoréité et de résistance au doigt, en rapport avec le degré de la maladie; par conséquent, c'est vers la racine du poumon que le défaut de son et que la dureté sont le plus évidents, et ces caractères plessimétriques sont d'autant plus prononcés que la maladie est parvenue à un degré plus avancé.

Si l'on ausculte le poumon, en même temps qu'on le presse entre les doigts, on n'entend de râles qu'autant qu'il y a des liquides, de quelque nature qu'ils soient, contenus dans les vésicules. On s'assure de la présence de ceux-ci par la pression du poumon, qui fait refluer par les bronches qui correspondent aux points comprimés des quantités variables tantôt de sérosité, tantôt de mucosité, d'autres fois de sang plus ou moins écumeux. Quelquefois le poumon est rouge sans être induré et ne donne pas lieu à la crépitation produite par sa pression ; d'autres fois, il est coloré et dur, et la crépitation ne peut pas être obtenue; sur d'autres points voisins, au contraire, où il n'y a pas de rougeur, mais où de la sérosité spumeuse se rencontre dans les bronches, on entend lors de la pression faite par les doigts une crépitation parfaite.

Le plus souvent la pneumonie hypostatique se complique de l'asphyxie par l'écume bronchique, soit générale, soit partielle; dès-lors il y a complication de l'état organique mentionné dans ce travail, et de celui qui a été décrit ailleurs. (Voy. *Procédé opératoire de la percussion médiate*, pag. 324.)

Causes de la pneumonie hypostatique.

L'état anatomique qui vient d'être signalé prouve que la pesanteur des liquides joue un rôle important dans la pneumonie hypostatique. Or les physiologistes ont admis que les phénomènes vitaux et les lois physiques étaient en opposition constante, et que celles-ci agissaient avec d'autant plus d'avantage, que celles-là étaient moins énergiques. Ils admettaient ainsi une sorte de lutte entre la nature vivante et la nature inanimée. L'histoire de la pneumonie hypostatique confirme jusqu'à un certain point cette manière de voir.

Nous avons vu que le coucher sur le dos chez tous les hommes, et sur les points déclives des poumons, est suivi le matin d'une diminution de résonnance du thorax et d'un affaiblissement dans le bruit respiratoire. C'est surtout à droite qu'il est facile d'observer ce fait, même chez les hommes les plus robustes. Or toutes les circonstances qui forcent des sujets affaiblis à rester long-temps couchés dans la supination augmentent cette tendance de la congestion à avoir lieu vers la racine du poumon, et favorisent le développement de la pneumonie hypostatique : ainsi la vieillesse, surtout lorsqu'elle est arrivée à la caducité, et que les mouvements sont très-lents et très-difficiles; des infirmités qui forcent à rester couché; des fractures, des ulcères de la jambe qui font garder le lit, ce que M. le professeur Boyer considérait pour les vieillards comme fort dangereux; des maladies organiques qui privent de marcher; un embonpoint énorme qui empêche de changer souvent la position qu'on occupe; une douleur thoracique ou abdominale qui force à rester dans la même attitude; une déformation de la poitrine qui fait qu'un des points du thorax est beaucoup plus déclive que les autres; la faiblesse dans les muscles qui ne permet pas d'exécuter de mouvements pour changer de position, etc., voici quelques circonstances auxquelles on pourrait en ajouter beaucoup d'autres qui occasionnent la pneumonie hypostatique.

Ainsi, d'une part, la même position long-temps conservée dans un lit, et surtout le coucher sur le dos, et de l'autre, une circonstance affaiblissante quelconque, voilà la réunion de causes qui provoquent directement la pneumonie hypostatique; mais il est encore d'autres conditions d'organisation qui agissent non moins pour la produire : les unes tiennent aux quantités de sang, les autres à la manière dont il circule.

D'une part, des quantités de sang, considérables proportionnément à l'énergie du cœur et des puissances inspiratrices ou expiratrices, favorisent singulièrement la pneumonie hypostatique, et la portent promptement à un haut degré. Ainsi les sujets colorés, quoique faibles, dont le cœur, les poumons, le foie, les reins, les artères contiennent ordinairement beaucoup de sang, sont ceux chez lesquels la maladie marche avec le plus de violence et le plus de rapidité; tout au contraire, à peine ses symptômes, ses caractères se dessinent-ils lorsque les divers moyens de diagnostic font trouver de petites quantités de sang. Les hommes qui sont dans ce dernier cas peuvent impunément, tout faibles qu'ils sont, rester long-temps couchés sur le dos; et si, par hypostase, il se fait des congestions, ce sont des collections séreuses dans les vésicules aériennes plutôt que des engorgements sanguins dans les vaisseaux ou dans les cellules pulmonaires qui ont lieu. Chez les cholériques qui succombent dans les premiers temps et par suite de la perte rapide de la sérosité du sang, il est fort rare de rencontrer la pneumonie hypostatique à un degré avancé, et chez les cancérés épuisés elle ne se manifeste qu'avec une extrême lenteur.

Il résulte de là que la plupart des maladies de long cours, et surtout que celles qui sont accompagnées d'un grand affaiblissement du malade, causent souvent l'engouement du poumon en arrière, qui vient alors se compliquer avec l'affection primitive, devient souvent la lésion la plus grave, se prolonge, prend de l'intensité, et finit par causer la mort. C'est surtout dans l'entérite typhoïde qu'il en arrive ainsi. Laënnec avait déjà observé « que dans le cours des fièvres graves les pneumonies qui surviennent sont presque toujours latentes, et que rien n'est plus commun, surtout en hiver, que cette complication. » J'ai vu M. le professeur Fouquier, il y a

déjà bien des années, attacher beaucoup d'importance à l'examen du thorax en arrière chez les individus atteints d'entérites typhoïdes; M. le professeur Chomel s'est aussi occupé avec soin de cette complication fâcheuse. La fréquence de la pneumonie hypostatique est non moins grande, lorsque dans les hémorragies ou les ramollissements cérébraux, dans l'érysipèle de la tête, dans les lésions organiques du foie, etc., les malades restent au lit et conservent long-temps la même position.

D'un autre côté, tout obstacle mécanique à la circulation favorise le développement de la pneumonie hypostatique, et par la même raison que les hémorragies bronchiques et sous-cutanées, sont fréquentes chez les anévrysmatiques, par cela même que les veines superficielles, et que les capillaires de la face sont gorgés de sang, ceux du poumon en contiennent aussi de notables proportions, et il arrive alors que leur pesanteur agit avec une énergie supérieure au mouvement circulatoire; de là l'extrême fréquence de la pneumonie hypostatique chez les sujets atteints de dilatation du cœur avec ou sans hypertrophie, et surtout de rétrécissement dans l'un des points que le sang doit parcourir.

On a généralement pensé, depuis Corvisart, que les rétrécissements ou les maladies des cavités droites du cœur gênaient davantage la circulation pulmonaire que celles du cœur gauche. Or, cette gêne a lieu à peu près également dans un cas comme dans l'autre, car il est impossible qu'il y ait sur un point quelconque de l'arbre circulatoire, un obstacle au cours du sang, sans qu'elle se fasse sentir sur les autres points; aussi voit-on la congestion hypostatique du poumon se faire tout aussi bien dans les maladies du cœur gauche que dans celles du cœur droit; seulement pour peu que l'engouement pulmonaire ait lieu, les cavités droites se dilatent de plus

en plus, et le plessimètre leur trouve en quelques heures un volume de beaucoup supérieur à celui qu'elles avaient d'abord. Il est évident que dans ce cas c'est l'engouement pulmonaire qui cause la dilatation à droite, et que ce n'est pas le cœur droit qui a déterminé les symptômes pulmonaires, car le plessimètre et le stéthoscope découvrent ceux-ci avant qu'ils aient fait reconnaître le développement des cavités droites du cœur.

Toute cause qui, sur des sujets affaiblis et conservant cependant des quantités notables de sang, gênera les mouvements inspirateurs, ou irritera le poumon, pourra provoquer la pneumomie hypostatique. Le développement considérable du ventre (soit à la suite de la polysarcie, ou de l'ascite, soit par la présence de beaucoup de gaz dans le tube intestinal, soit par des tumeurs ovariques, ou encore par une hypertrophie du foie), mettant obstacle à l'abaissement du diaphragme, et partant, rendant la circulation plus difficile, dispose ainsi à la congestion pulmonaire, et par conséquent à l'hypostase. Il en est encore ainsi des épanchements pleurétiques, d'une hypertrophie du cœur qui, par son volume, rétrécit la cavité thoracique, et rend par conséquent la respiration plus laborieuse.

Mais de toutes les circonstances qui, chez des sujets affaiblis et couchés sur le dos, déterminent le plus souvent la pneumonie hypostatique, ce sont sans contredit la bronchite et la toux dont l'action est la plus marquée. Il y a certainement ici deux ordres de causes qui concourent à un même effet; 1° l'irritation de la membrane muqueuse bronchique qui appelle le sang vers le poumon et par conséquent favorise l'hypostase, 2° l'oblitération d'un certain nombre de vésicules aériennes par des mucosités ou de l'écume qui, diminuant la respiration sur quelques points, y gêne la circulation, et occasionne une activité plus grande de l'action pulmonaire,

et doit par conséquent y provoquer des congestions. C'est ainsi que l'asphyxie par l'écume bronchique se complique presque toujours de pneumonie hypostatique. D'ailleurs ici, comme dans tant d'autres cas pathologiques, on serait fort embarrassé de décider dans toutes les circonstances, quelle a été la maladie primitive et l'affection consécutive. Contentons-nous de dire ici que la bronchite peut occasionner la pneumonie hypostatique, et l'asphyxie par l'écume bronchique, comme l'une de ces deux dernières affections peut déterminer la première.

Symptômes et marche de la pneumonie hypostatique.

« Les pneumonies, dit Laënnec, qui surviennent dans le cours des fièvres graves sont presque toujours latentes; aucune gêne de la respiration, aucune expectoration, aucun enfin des symptômes ordinaires de l'inflammation des poumons ne décèle son invasion. Chez les sujets jeunes et robustes, une exacerbation notable de la fièvre peut quelquefois la faire soupçonner; chez les vieillards au contraire, chez les sujets épuisés par une longue durée de fièvre intense et de diète, on voit survenir tout-à-coup une prostration subite accompagnée de perte de connaissance. La peau devient terreuse, les excrétions fétides, les dents et la langue se couvrent d'un enduit fuligineux, le coma ou le râle trachéal surviennent, et l'agonie commence. Ces derniers symptômes coïncident souvent avec l'apparition d'une pneumonie chez les sujets épuisés par une maladie chronique grave, et particulièrement par les cancers. »

Or, cette pneumonie des fièvres graves signalée par Laënnec, est la pneumonie hypostatique, et les symptômes qu'il en a donnés se rapportent très-bien au dernier degré de cette affection, à l'état où elle va déterminer la mort. Il ne l'avait pas reconnue plus tôt, parce qu'il

se servait pour percuter de moyens imparfaits, parce qu'il s'en rapportait presque exclusivement à la présence du râle crépitant qui se rencontre rarement dans le cas dont il s'agit.

Le début de la pneumonie hypostatique est le plus souvent à peine accompagné de symptômes fonctionnels. Chez les vieillards qui n'ont d'autres maladies que leur caducité, leur faiblesse et leur peu de disposition à se mouvoir, bien que les signes physiques démontrent que les poumons sont engoués en arrière à un degré assez avancé, on n'observe quelquefois ni difficulté à respirer, ni toux, ni crachats; quelquefois les malades ouvrent instinctivement la bouche pendant le sommeil, comme pour faciliter l'abord de l'air dans des poumons qui respirent incomplètement. De là, le matin, des enduits sur la langue et de la sécheresse qui, dans certains cas, font soupçonner, rechercher et trouver la maladie. Plusieurs heures et souvent plusieurs jours après, les accidents commencent à paraître. L'invasion, chez les sujets où la pneumonie hypostatique se déclare consécutivement à d'autres lésions, est non moins obscure, et presque toujours marquée par l'affection à laquelle elle succède. Alors s'il y a bronchite, on observe de la dyspnée, de la toux, des crachats; mais ceux-ci ne sont que très-rarement teints de sang. Si c'est avec une maladie du cœur que la pneumonie hypostatique vient se compliquer, alors la dyspnée augmente, les troubles dans l'action circulatoire deviennent plus manifestes; alors aussi les cavités droites commencent à se dilater, le foie à s'engorger et à déborder les côtes; si une hémorragie ou un ramollissement dans le cerveau ont précédé l'invasion de la pneumonie, on voit la respiration s'accélérer, et le pouls être plus fréquent; dans les fièvres graves, la peau devient plus chaude, la circulation s'active, et dans tous ces cas, les capillaires de la face prennent le plus souvent

une teinte livide qui change promptement le faciès et fait fréquemment porter au médecin praticien un sinistre présage.

Dès l'invasion de la pneumonie hypostatique simple, si des deux côtés on percute médiatement, non pas sur le doigt, mais sur le plessimètre, les tubérosités costales, et cela à la hauteur de l'angle inférieur de l'omoplate et dans la largeur de la paume de la main, on trouve d'une part que le poumon est là moins sonore que sur les autres points de son étendue, et on n'y trouve plus un sentiment d'élasticité aussi marqué que cela a lieu dans une poitrine saine. La percussion directe ne fait en rien trouver ces différences légères, qui sont encore peu manifestes lorsque le doigt remplit l'office de plessimètre. L'auscultation à distance, l'auscultation médiate ou immédiate ne font entendre aucun râle : mais l'oreille appliquée sur le point du thorax le plus mat, trouve que la respiration est très-faible, quelquefois nulle, et c'est en vain que les malades dilatent largement la poitrine, le murmure respiratoire est à peine sensible. Alors la voix résonne peu dans la portion du poumon affectée, et il y a ou non égophonie, suivant que la voix naturelle au malade est aigre ou grave. Dans les cas nombreux où la pneumonie hypostatique succède à d'autres maladies du poumon, bronchite, pneumonie franche, tubercules ou pleurésie, il y a complication des signes stéthoscopiques et plessimétriques propres à celles-ci et à l'engouement pulmonaire.

Cette absence de symptômes fonctionnels et la matité jointe au défaut de respiration vésiculaire, se prolongent quelquefois plusieurs jours sans être modifiées; seulement la matité envahit successivement une portion du poumon plus élevée, et elle devient de plus en plus marquée dans la partie qui d'abord avait été malade. Il arrive un moment où la respiration cesse complètement de s'y faire entendre.

Sous le rapport pratique, on peut considérer la col-

lection des symptômes précédents comme le premier degré de la maladie, qui peut persister pendant une, deux semaines ou même davantage, mais qui, le plus souvent, passe assez vite au second degré.

Celui-ci est marqué par l'apparition de symptômes fonctionnels. La respiration s'accélère, les côtes exécutent des mouvements plus étendus que d'ordinaire, et le sternum s'éloigne davantage en bas de la colonne vertébrale que cela n'avait lieu auparavant. Une petite toux, provoquant quelquefois l'excrétion de crachats d'apparence variable, clairs, jaunâtres, verdâtres, opaques, rougeâtres, et d'ailleurs peu abondants, vient se joindre à ces symptômes premiers. L'expectoration débarrasse souvent avec peine la trachée-artère des mucosités qui, ballottées avec l'air de l'inspiration, produisent un râle dangereux. La circulation s'anime; le pouls devient souvent dur, fort et fréquent ; les pommettes et les capillaires des lèvres sont plus rouges; les veines se gonflent, et les cavités droites du cœur se dilatent; en même temps la peau s'échauffe, elle reste presque toujours sèche, à moins qu'elle ne se recouvre d'une sueur visqueuse; aucun symptôme tranché du côté du tube digestif, seulement la langue se salit et se dessèche de plus en plus, et dans certains cas, des vomissements consécutifs à la toux, et quelquefois des excrétions liquides et fétides surviennent. Les sens et l'intelligence, malgré cette réaction générale, semblent s'engourdir. Il y a souvent de l'assoupissement; fréquemment alors les membres deviennent raides, et s'ils exécutent des mouvements volontaires, ceux-ci sont faibles et incertains.

A la matité et au défaut de respiration vésiculaire des premiers jours viennent se joindre les signes physiques suivants : l'auscultation à distance fait fréquemment entendre un râle variable, profond, qui ne se dissipe pas après la toux ou l'expectoration, et qui, le plus souvent, est le

commencement de l'asphyxie par l'écume bronchique. La matité des premiers temps est plus marquée en bas, et des râles variables, muqueux, sous-crépitants, crépitants, ou encore sonores, sibilants, roucoulants, etc., se font entendre dans la partie malade. C'est la présence de ces râles dans le poumon qui caractérise le second degré de la pneumonie hypostatique, qui, pour Laënnec, et lorsqu'il aurait trouvé du râle crépitant, aurait été le premier degré, parce qu'il n'admettait pas de pneumonie commençant sans ce râle : il est même douteux qu'il eût admis qu'il y ait eu pneumonie, parce que, d'une part, il admettait que la présence des râles muqueux, sibilant, etc., correspondait aux divers catarrhes, et parce que, de l'autre, il percutait beaucoup trop fortement par la méthode d'Avenbrugger, pour saisir ces nuances de sonoréité qui font si bien juger de l'état d'engouement du poumon. La même raison fait que la percussion sur le doigt est loin de valoir ici celle qui est pratiquée sur le plessimètre.

A ce deuxième degré, qui est le premier pour la pneumonie aigüe telle qu'on la conçoit généralement, succèdent des états divers :

Ou bien l'asphyxie par l'écume bronchique se manifestant avec les caractères que nous avons étudiés ailleurs, déterminant promptement la mort, permet bientôt de constater sur le cadavre l'engouement pulmonaire reconnu pendant la vie, tel que l'admettent les auteurs, et telle aussi qu'il a été précédemment décrit; seulement l'induration de la partie malade n'existe pas encore, et il n'y a que des liquides et de la spumosité dans les vésicules;

Ou bien les forces du malade sont encore suffisantes pour que l'expectoration se fasse, alors la vie se prolonge, et le troisième degré de la pneumonie hypostatique, correspondant au deuxième de la pneumonie

aiguë, survient. Les symptômes fonctionnels sont à peu près les mêmes, seulement ils persistent et prennent plus d'intensité, mais leurs signes physiques se modifient. La langue est quelquefois noire, aride, racornie; les dents et les lèvres sont recouvertes d'un enduit fuligineux. La matité de la partie postérieure du poumon devient très-grande, il y a une résistance marquée au doigt; les râles cessent de se faire entendre ou semblent venir de très-loin, la bronchophonie ou l'égophonie, si la voix est grêle et aiguë, viennent se joindre aux autres signes stéthoscopiques, et l'induration du poumon devient évidente.

Il n'y a guère que le temps depuis lequel la maladie dure, qui puisse faire soupçonner le passage de la pneumonie à la période de suppuration; l'excellent signe donné par M. le professeur Andral des crachats jus de pruneaux manque souvent, parce que l'expectoration n'a pas lieu; et ce n'est que dans des cas fort rares que du pus, formant des abcès où pénètre l'air, peut faire entendre le gargouillement des cavernes ou le tintement métallique résultant de la percussion.

Lorsqu'enfin les malades résistent fort long-temps à la lésion dont ils sont atteints, ou lorsque celle-ci n'affecte qu'une petite portion du poumon, on voit se déclarer quelquefois des sueurs et du dévoiement; l'amaigrissement y succède, la mort a lieu, et ce sont là les cas où des tubercules rarement ramollis, plus souvent transformés en concrétions crétacées, se rencontrent dans les parties déclives des masses pulmonaires.

Il est évident que les symptômes de tous les degrés de la pneumonie hypostatique sont modifiés par l'existence des lésions d'organes, dont cette maladie est souvent un épiphénomène, ou par les complications qui peuvent survenir.

La marche de la pneumonie hypostatique est en général lente, graduée, continue; à peine y a-t-il des

redoublements le soir; on n'observe point là d'intermittence ou même de rémittence; le début est insidieux et obscur, et les symptômes se dessinent d'heure en heure dans les cas aigus, de jour en jour dans les cas chroniques, et toujours d'une manière croissante et successive.

La durée de la maladie est aussi variable que sa marche ascensionnelle est constante; l'âge et surtout la force des sujets, les quantités de sang qu'ils conservent, la coexistence d'autres affections, le dépôt plus ou moins abondant de mucosités dans les voies aériennes qui donnent lieu promptement ou lentement, partiellement ou généralement, à l'asphyxie par l'écume bronchique, etc.; voilà tout autant de circonstances qui font varier la durée de la maladie qui fait le sujet de ce mémoire.

Le premier degré de la pneumonie hypostatique primitive, degré dans lequel le sang paraît être encore contenu dans les vaisseaux pulmonaires, est très-susceptible de guérison. On peut même dire que cet état a lieu chez beaucoup de malades, et se dissipe lors de la convalescence. Le second degré, en quelque sorte caractérisé par la présence de liquides déposés dans les voies aériennes, est plus grave; dans certains cas cependant, on le voit guérir; la curation du troisième, où les fluides contenus dans les vésicules paraissent être solidifiés, ne se résout qu'avec une grande difficulté; et le quatrième enfin, où il y a formation de pus, pour peu qu'il soit étendu, paraît devoir être constamment suivi d'une mort prompte ou lente, suivant les cas.

Quant à la pneumonie hypostatique consécutive, non-seulement elle a de la gravité par elle-même, mais cette gravité est encore augmentée de tout le danger en rapport avec la condition organique primitive dont la maladie est la suite. Pour guérir la pneumonie hypostatique

du vieillard très débile, il faudrait ôter à celui-ci des années et lui rendre de la vigueur.

Nature de la pneumonie hypostatique.

Plusieurs questions se présentent ici à résoudre.

1° La pneumonie hypostatique mérite-t-elle le nom d'engouement cadavérique qu'on lui donne? Est-elle due à la tendance qu'ont les liquides après la mort à se porter vers les parties déclives?

Des expériences ont été faites à ce sujet : trois cadavres de femmes chez lesquelles le plessimètre avait reconnu, bien long-temps avant la mort, l'engouement pulmonaire en arrière, furent sous mes yeux, et immédiatement après le décès, couchés sur le ventre. La température était à huit ou dix degrés au-dessus de zéro; pendant vingt-quatre ou trente heures on laissa ces cadavres dans la position indiquée. A l'ouverture on trouva que la racine des poumons des deux côtés, mais surtout du droit, était atteinte de pneumonie hypostatique, telle qu'elle avait été reconnue pendant la vie. Seulement chez deux de ces sujets qui avaient plus de sang, la partie des poumons tout-à-fait déclive dans le coucher sur le ventre était un peu plus rouge que les points où le parenchyme était tout à fait sain. C'était tout au plus dans la hauteur de cinq ou six lignes que cette rougeur avait lieu, tandis que vers la racine des poumons, et vers les points inférieurement placés dans le coucher sur le dos, il y avait une splénification fort étendue dans la hauteur de plus de trois ou quatre pouces, et qui était à un degré d'autant plus avancé, que la portion de poumon examinée était plus voisine des tubérosités costales.

Depuis près de deux mois, toutes les ouvertures qui furent faites nous montrèrent toujours l'engouement en

arrière, et l'état sain du poumon en avant : or, on n'avait pas attaché d'importance à ce fait; mais comme on n'avait pas révoqué l'ordre qui avait été donné de coucher les sujets sur le ventre, à notre insu, cette précaution avait été prise. Le garçon d'amphithéâtre nous en donna l'assurance formelle lorsqu'à l'occasion de la publication de ce travail le même ordre fut renouvelé; ainsi voilà que sans opinion préconçue, sans nous douter de ce qui avait eu lieu, nous avons toujours constaté l'engouement dit cadavérique en arrière, et à peine quelques légères rougeurs en avant (1).

L'examen des symptômes et des signes pendant la vie nous prouve d'ailleurs que la lésion trouvée sur le cadavre n'était pas, du moins en très-grande partie, un phénomène survenu après la mort.

Il résulte de tout ceci : que dans les faits que nous avons vus, et par la température de huit ou dix degrés au-dessus de o, la lésion anatomique qui constitue la pneumonie hypostatique a lieu pendant la vie.

2° La pneumonie hypostatique se manifeste-t-elle seulement à l'approche de la mort, est-elle un phénomène d'agonie ?

L'inspection du cadavre semble d'abord prouver qu'il

(1) Au moment où je relis ce travail pour le livrer à l'impression, je vois, en consultant l'ouvrage instructif que M. le professeur Chomel a publié sur la pathologie générale, que, bien long-temps avant moi, Bayle avait fait les mêmes expériences cadavériques, et avait obtenu les mêmes résultats. Quoique consigné dans un travail qui est entre toutes les mains, ce fait est malheureusement resté peu connu. Cela est si vrai que le nom d'engouement cadavérique n'en est pas moins resté à la lésion qui caractérise la pneumonie hypostatique. Cela vient sans doute de ce que cette affection, si fréquente et si grave, a été incomplètement étudiée. C'est avec plaisir que j'ai trouvé la citation que M. Chomel fait de Bayle; la question d'antériorité est une chose purement personnelle, et qui importe fort peu au public; ce qui est vraiment utile, c'est que les observateurs s'accordent sur les faits, et les voient de la même manière.

n'en est pas ainsi; car ces couches inférieures hépatisées quand les couches un peu plus élevées ne sont que splénifiées, prouvent qu'il existe là un travail morbide et sous l'influence de la pesanteur, et que ce travail date depuis long-temps. On objectera que ce sont là des pneumonies; mais on répliquera aussi que c'est l'opinion émise dans ce travail, et que seulement il s'agit ici d'une forme toute spéciale de pneumonie, différente de la pneumonie aiguë par sa nature, et non moins encore différente d'elle par le traitement qui lui convient.

L'obscurité des symptômes avait pu seule faire croire que la pneumonie hypostatique fût un phénomène d'agonie; mais les signes physiques prouvent jusqu'à l'évidence qu'elle se manifeste bien pendant la vie. D'une part, le stéthoscope, infidèle ici sous le rapport des râles, donne un document précieux, c'est-à-dire l'absence ou du moins la diminution de la respiration; et de l'autre, le plessimètre découvre une matité successivement de plus en plus grande, et en même temps une résistance au doigt qui chaque jour augmente. Sur les points où il fait reconnaître cette matité, c'est là qu'après la mort se rencontre la pneumonie.

Ainsi la pneumonie hypostatique n'est pas seulement un phénomène d'agonie; ainsi elle peut se manifester long-temps avant la mort.

3° La pneumonie hypostatique peut-elle être primitive?

D'abord le cadavre, dans une foule de cas, ne permet de trouver, chez des vieillards ou sur des sujets faibles, que cette maladie. Ce ne sont pas des rougeurs très-bornées ou très-circonscrites dans l'estomac ou les intestins, qui pourraient avoir produit, autrement que par l'influence du décubitus qu'elles auraient exigé, la maladie du poumon, qui d'ailleurs est bien plus grave, bien plus étendue, et qui se compliquant de l'asphyxie par l'écume bronchique, détermine la mort.

Ensuite la marche de la maladie nous fait voir des vieillards débiles s'aliter quelquefois pour cause d'infirmités, le poumon percuté se prendre en arrière, l'engouement survenir, la toux arriver ensuite, la mort avoir lieu, et la pneumonie hypostatique se trouver sur le cadavre. A cela on dira peut-être que la pneumonie hypostatique est consécutive à la vieillesse : je le veux bien ; mais alors que d'affections, dites primitives, sont aussi consécutives à la vieillesse ! Celle-ci, du reste, ne peut être considérée comme une maladie, car la vieillesse est la conséquence de la longue durée d'une organisation saine.

Ainsi la pneumonie hypostatique peut être primitive.

4° La pneumonie hypostatique est-elle inflammatoire ?

Le cadavre montre d'abord cette lésion presqu'entièrement soumise aux lois de la pesanteur, et, malgré toute l'influence que celle-ci exerce sur les congestions inflammatoires, il n'en faut pas moins convenir que dans presqu'aucun autre cas on ne voit cette induration, d'autant plus forte qu'on la considère plus inférieurement, et la maladie cesser sur une ligne qui représente si bien le niveau des liquides ; le cadavre montre encore chez ces mêmes sujets, le cœur mou et facilement traversé par le doigt qui le presse, les muscles minces et sans tenacité, les tégumens flasques, les os enfin moins durs, plus minces, et dont le tissu est plus rare. Ainsi d'une part, l'influence de la pesanteur, de l'autre, la faiblesse des tissus, voilà des éléments qui difficilement doivent donner lieu à une inflammation aiguë.

La marche de la maladie est entièrement d'accord avec l'inspection du cadavre. La faiblesse et l'influence de la pesanteur semblent la produire. Nul symptôme n'accompagne le début de cette affection, et dans la durée de son cours, on voit toujours ces deux conditions, débilité et

poids, avoir une influence marquée sur les lésions qui ont lieu.

Cette source puissante de phénomènes dans la nature, la pesanteur, qui agit si visiblement dans la production de la syncope, qui, comme Tissot l'avait remarqué, a une grande influence sur le développement des hémorroïdes des gens de lettres, et, comme l'ont noté MM. Boyer et Richerand, a une action marquée sur les varices, les varicocèles, les ulcères des jambes; la pesanteur, qui entretient les pertes utérines et les autres hémorragies; qui, chez les sujets dont la circulation se fait mal, produit l'œdème des extrémités inférieures, est aussi la cause principale qui, chez des individus affaiblis, donne lieu à la pneumonie de la partie du poumon la plus déclive.

Ainsi le début de la pneumonie hypostatique et un grand nombre des phénomènes de cette maladie ne peuvent pas être rapportés à une inflammation franche et aiguë.

5° La pneumonie hypostatique est-elle susceptible de se compliquer d'une inflammation aiguë?

L'examen des poumons après la mort, lorsque la pneumonie hypostatique a eu quelque durée, fait trouver l'hépatisation rouge, grise, jaune paille, etc., comme dans la pneumonie aiguë (page 139). Il y a donc lieu de croire que l'inflammation peut s'enter sur la congestion hypostatique; il est possible sans doute qu'une congestion passive long-temps continuée, permette au sang ou à la sérosité déposés dans les tissus de prendre des apparences semblables; mais il faut avouer que cela ne peut avoir lieu sans qu'un travail organique se passe dans les tissus, et ce travail ne peut guère être rapporté qu'à l'inflammation.

Les symptômes observés pendant la vie portent à faire admettre le même fait; ainsi, quelque temps après la première congestion sanguine hypostatique, le cœur

accélère ses battements, le pouls est plus dur, la respiration plus fréquente, la peau s'échauffe, la face se colore; quelquefois les crachats deviennent rouillés, d'autres fois même on observe un point de côté; enfin les symptômes de la pneumonie aiguë se présentent, faibles il est vrai, mais appréciables pour l'observateur attentif. Soit donc que cette réaction doive être attribuée à l'irritation que détermine dans les vaisseaux la congestion sanguine habituelle dont ils sont le siége; soit que les mucosités qui se déposent, devenant spumeuses, bouchent quelques bronches, déterminent une asphyxie partielle par l'écume, et altèrent ainsi le sang, d'où résultent des symptômes nerveux et circulatoires; soit encore que l'irritation dont le poumon est enfin le siége éveille au loin des sympathies et détermine la fièvre; toujours est-il que la réaction survient, et qu'elle est variable suivant le degré de force que conserve le sujet, et suivant une infinité de circonstances.

Ainsi, la pneumonie hypostatique d'abord non inflammatoire, peut prendre le caractère d'une inflammation aiguë du poumon.

Deux questions se présentent encore à résoudre :

1° Pourquoi l'hypostase du sang est-elle, ainsi que l'a observé M. le professeur Andral, si fréquente dans les poumons, proportionnellement à ce que l'on remarque dans les autres parties?

C'est que ces organes, mous, aréolaires, contenant de l'air, riches en vaisseaux de toute espèce, sont gorgés de sang, et qu'ils ne peuvent être comprimés de dehors en dedans que jusqu'à un certain point. (V. p. 138.)

2° Pourquoi la pneumonie hypostatique a-t-elle surtout lieu à droite?

Cela paraît être dû au poids du foie, qui n'est pas contrebalancé par celui de la rate et du cœur. Dès lors dans le coucher sur le dos, il y a en général tendance à

une inclinaison sur le côté droit. Remarquez que la partie la plus pesante du foie est à droite, et que se trouvant à l'extrémité du levier que le viscère représente, elle doit par cela même entraîner davantage le corps de son côté; ajoutez encore que les membres droits sont généralement plus forts, et par conséquent plus lourds que ceux du côté opposé; notez enfin que la colonne dorsale présente une convexité à droite, d'où résulte nécessairement un peu de saillie des parois costales en arrière et à droite. C'est surtout chez les rachitiques que ce fait est remarquable; aussi le plus souvent, la saillie du thorax est-elle au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate très-marquée à droite, et est-ce sur ce point que, dans cinquante cas peut-être, nous avons observé dans des thorax déformés les premiers signes de la pneumonie hypostatique, qui plus tard s'étendait par en haut. Quand la déformation était en sens inverse, la maladie commençait de l'autre côté, et toujours dans la partie du poumon déclive par rapport aux autres points de l'organe.

Diagnostic de la pneumonie hypostatique.

Dans la pneumonie hypostatique, des individus affaiblis par l'âge ou par la maladie, restant au lit depuis long-temps, sans symptômes précurseurs, présentent en arrière et sur la région du thorax correspondante au point sur lequel le corps repose, une matité légère; c'est surtout en bas que l'obscurité du son est le plus marquée; une ligne de niveau, lorsque le malade est couché sur le dos, sépare les points encore sains des parties malades; la transition de l'état normal du poumon à celui de maladie ne se fait pas brusquement, mais par des nuances insensibles; cette transition ne se trouve pas sur des points correspondants aux scissures qui sé-

parent les poumons en lobes et lobules. Dans cette pneumonie point de râle crépitant au début, seulement diminution dans le murmure respiratoire; plus tard, des râles variés et de la bronchophonie se retrouvent, mais en même temps la matité augmente, et c'est toujours par en bas que celle-ci est le plus manifeste. Expectoration le plus souvent nulle, absence de point de côté, gêne dans la respiration augmentant par degrés, et vers la fin râles muqueux dans les bronches et asphyxie qui la suit.

A ce tableau comparez celui-ci: dans la pneumonie aiguë, ce sont des sujets robustes chez lesquels la maladie se déclare; elle se développe d'une manière brusque; remarquez ces frissons et ce point de côté des premiers jours; ce râle crépitant se manifestant au début et envahissant de prime abord une grande étendue du poumon; cette matité qui, bien que fréquente en arrière, s'étend si souvent en avant, qui cesse brusquement de se retrouver, et qui, circonscrite par des contours qui correspondent aux divisions des lobes ou des lobules, se déclare dès le principe de la maladie dans une étendue plus ou moins considérable; joignez à ces signes positifs la dyspnée, la toux, les crachats rouillés, la fièvre, la chaleur de la peau que présentent les malades, et voyez s'il est possible de confondre dans un même tableau deux affections si différentes.

Mais si ces nuances tranchées peuvent si facilement être reconnues, il n'en est plus ainsi d'une foule de cas où elles se confondent. La pesanteur joue un rôle important dans la pneumonie aiguë; d'un autre côté, la pneumonie hypostatique peut être suivie de l'inflammation du poumon; conséquence : il est une foule de cas où ces deux états de l'organe respiratoire se confondent, donc le diagnostic deviendra non seulement difficile, mais on ne pourra séparer des choses confondues en réalité.

Qu'on ne pense pas pour cela que la pneumonie hypostatique et la pneumonie aiguë ne soient qu'une seule affection, se manifestant seulement chez des sujets différents; cette supposition serait bien fausse, car on voit chez les sujets faibles, chez des vieillards, des pneumonies aiguës se montrer, suivre la même marche que chez les hommes faibles ou que chez les adultes, et être dans ces cas très-reconnaissables; seulement elles se compliquent souvent alors d'hypostase, et même la pneumonie aiguë des hommes robustes, occupant la partie antérieure du poumon, est le plus souvent suivie dans les derniers temps de pneumonie hypostatique.

De ce que la pneumonie hypostatique se confond dans quelques-uns de ses degrés avec la pneumonie inflammatoire, il n'en résulte pas moins que ce sont là deux affections fort différentes, et qui doivent être étudiées séparément; ainsi certains cas de métrite diffèrent peu de quelques observations d'hystérie; certaines gastrites ressemblent fort à des gastralgies; certaines congestions cérébrales sont bien voisines de l'apoplexie; certaines épilepsies sont très-analogues à certaines hystéries, etc.; d'un autre côté, toutes ces affections peuvent se compliquer, se succéder, comme la pneumonie hypostatique et la pneumonie aiguë peuvent aussi se combiner, et cependant les pathologistes et surtout les praticiens conviennent que ces affections sont différentes; nous croyons devoir établir le même fait pour les deux pneumonies dont nous avons tracé le parallèle.

Il serait bon de rapprocher ces deux pneumonies de celle qui succède à la présence de mucosités dans les bronches, et qui prend bientôt tous les caractères de l'asphyxie par l'écume bronchique; de celle qui suit la résorption du pus; de celle qui est la conséquence de la présence dans le sang de matières visqueuses ou du mercure; de celle enfin qui paraît être essentiellement gan-

gréneuse; mais il y a encore trop de recherches à faire sur ces sujets pour tracer de ces affections des tableaux satisfaisants, et ce n'est point là d'ailleurs le but que l'on s'est proposé dans ce mémoire.

L'épanchement de l'hydrothorax ou de la pleurésie aiguë pourrait être difficilement confondu avec la pneumonie hypostatique. D'abord le siége n'est pas le même : l'épanchement occupe la portion de la cavité thoracique comprise entre le diaphragme et les côtes, et s'élève de là de proche en proche. La pneumonie hypostatique atteint la racine du poumon; aussi dans le premier cas, obtient-on en arrière et en bas de chaque côté de la colonne vertébrale une matité qui ne se retrouve pas le plus souvent dans la pneumonie hypostatique, et qui dans celle-ci se rencontre vers les tubérosités costales au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Ensuite le déplacement du liquide par le coucher sur le ventre permet de trouver en bas une sonoréité et une respiration vésiculaire qui n'ont pas lieu dans la pneumonie hypostatique. Seulement dans le cas d'épanchements circonscrits il serait fort possible de commettre des erreurs. Je renvoie d'ailleurs, pour plus de détails sur ce sujet, à mes précédents ouvrages (1).

Quant à la présence des tubercules dans le poumon, leurs symptômes, leur marche, leur siége et des signes physiques bien connus pourront le plus souvent servir à les distinguer, et les cas obscurs seront ceux où la pneumonie hypostatique se compliquera avec eux.

Traitement de la pneumonie hypostatique.

Placé depuis cinq ans dans un service où la pneumo-

(1) De la Percussion médiate, 1828. Du procédé opératoire, et Collection de Mémoires, 1830. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, n. 13 *bis*.

nie hypostatique est peut-être l'affection la plus commune, et où elle cause surtout en hiver la mort du plus grand nombre de nos vieillards, c'est sur l'empyrisme et sur le raisonnement que j'ai dû faire choix du traitement, et autant qu'il a été possible, j'ai cherché à porter une grande indépendance, et un grand désir de ne me laisser éblouir ni par les théories des autres, ni par les miennes, ni par les panégyriques pompeux que je voyais faire dans les recueils périodiques des médicaments en vogue. Les réflexions suivantes sur le traitement de la pneumonie hypostatique sont le résultat de beaucoup de recherches et de beaucoup de faits. Et, bien que j'aie consulté chaque jour l'empyrisme, je n'ai pu tirer de lumières de celui-ci qu'en le dirigeant par la médecine rationnelle, c'est-à-dire par l'étude approfondie des causes, des symptômes, de la marche de la maladie, par celle de la structure et des fonctions des organes qui en sont le siége, et par la connaissance des désordres que la mort découvre dans ceux-ci. Du reste, ce qui m'a encouragé dans la publication de ces idées, c'est que mon honorable collègue, M. le docteur Prus, médecin de l'hospice de Bicêtre, m'a dit avoir vérifié la plupart des faits que dans divers travaux j'avais déjà énoncés sur ce sujet.

Dans le traitement de la pneunomie hypostatique, il faut surtout avoir égard : à la pesanteur et aux quantités du sang du malade; à la force que celui conserve, et à l'énergie de sa circulation; au degré auquel la maladie est portée; à la manière dont l'expectoration se fait; enfin à la coexistence de la pneumonie aiguë ou aux complications qui peuvent survenir.

Le premier soin à prendre est d'éviter, autant que possible, que les malades restent constamment couchés sur le dos, et de varier, autant que possible, leur attitude; de les faire alternativement asseoir, coucher sur le côté

droit et sur le gauche. Il est même avantageux dans les premiers temps, et lorsque la maladie n'est pas assez avancée pour empêcher la station ou la marche, de prescrire aux malades de ne point rester dans leur lit. Cette première partie du traitement, tout-à-fait hygiénique, a eu dans plusieurs cas les meilleurs résultats, et on ne peut trop la recommander.

Puisque la pneumonie hypostatique marche beaucoup plus vite, envahit une plus grande partie de poumon chez les sujets qui ont beaucoup de sang; puisqu'on ne la rencontre qu'à un très-faible degré chez les sujets anémiques; il est évident qu'il faut avoir recours ici à des évacuations sanguines. Des sangsues ne sont point ici indiquées, car ce n'est pas une irritation fixée vers le poumon qu'il s'agit de combattre, mais c'est du sang qui congestionne l'organe, et qui, par son propre poids, s'accumule par en bas, qu'il s'agit de soustraire. Les saignées générales sont donc ici indiquées, elles dégorgent promptement les vaisseaux, et c'est ici le but qu'on se propose. Le degré auquel on les porte est subordonné aux quantités de sang que l'inspection fait trouver dans les capillaires et les veines, que le toucher fait rencontrer dans les artères, et que la percussion (en faisant juger du volume et de la densité des organes) découvre dans les poumons, le cœur et le foie; on tire ainsi plus ou moins de sang, suivant l'influence que la saignée a actuellement sur les forces et la coloration pendant que le malade est assis. La saignée peut être plus ou moins réitérée suivant les cas et suivant les effets qu'elle produit.

Pour ne pas rendre subitement à la circulation les liquides qu'on lui fait perdre, il est utile d'être réservé sur l'emploi des boissons; en général, dans le cas dont il s'agit, il en faut peu prescrire. Elles favorisent le dépôt de mucosités abondantes dans les bronches, et par suite

l'asphyxie peut en être la conséquence. Des faits de ce genre ont été cités dans d'autres mémoires.

Ce ne serait point d'ailleurs ici une chose bien utile, que de remplacer par de l'eau le sang que l'on viendrait d'extraire; la pneumonie pourrait prendre sous l'influence d'une augmentation dans la proportion de la sérosité, les caractères que Laënnec attribuait à l'œdème du poumon. Les boissons seront prises plutôt chaudes que froides; à une température élevée elles favorisent la transpiration cutanée, et à une température basse elles augmentent dans quelques cas la proportion des mucosités formées dans les bronches.

Le degré de force que conserve le cœur doit être ici consulté; c'est une chose remarquable que le peu d'énergie de ses mouvements chez les vieillards; à peine soulève-t-il la main qui presse les côtes, et de la même manière qu'après la mort son tissu est mou et facile à traverser par le doigt, ainsi ses contractions, même dans les cas d'hypertrophie, sont débiles chez le vieillard; de là les fausses conséquences relatives aux bruits du cœur auxquelles, chez le vieillard où chez les hommes affaiblis, conduit l'auscultation. Du reste, la palpation de la région précordiale et du pouls, l'examen des veines et de la manière dont le sang y circule, fourniront ici des données très-utiles sur la force que conserve le cœur. (Voy. *dans le procédé opératoire : de l'examen des veines sous le rapport du diagnostic*).

Or, quand tous ces moyens annoncent que la circulation est languissante, ce n'est point une raison pour ne pas ôter de sang; car plus la colonne de liquide à mouvoir sera considérable, et plus il faudra que le moteur ait de force; ce qui restera au cœur d'énergie suffira peut-être pour faire circuler peu de sang, mais non pour en mouvoir davantage. Mais c'est ici le cas de chercher à stimuler les organes circulatoires, à ranimer

l'innervation, et on conçoit dès lors l'utilité d'un vin généreux, de cordiaux, et lorsque la digestion se fait encore, d'aliments succulents. C'est peut-être encore là le cas d'avoir recours aux toniques et aux astringents, au quinquina, aux amers, aux sucs des plantes crucifères, au fer, au cachou, etc. Le respectable Pinel trouvait à la Salpêtrière un très-grand nombre de fièvres adynamiques que nous n'y avons jamais vues; il avait raison de se servir ici du mot *adynamique* pour désigner un état ou les forces manquaient; mais ce n'était point la langue sèche, noire, la fièvre qui survenait plus tard, les évacuations spontanées qui dénotaient l'adynamie; c'était la faiblesse du cœur. Ses prétendues fièvres adynamiques n'étaient le plus souvent que des pneumonies hypostatiques développées sous l'influence de la déclivité, de la faiblesse, et souvent d'une basse température; la pneumonie était bien la maladie essentielle et non la fièvre, puisque la lésion du poumon commence et que la réaction fébrile ne survient que plus tard. Cependant il se trouvait bien des toniques, et nous venons de voir les raisons de ce fait.

Lorsque des râles viennent se réunir à la pneumonie hypostatique, une indication toute nouvelle se présente : c'est de provoquer l'expectoration des mucosités contenues dans la trachée, les bronches ou les vésicules. De là (en tenant compte, ainsi que pour les toniques, de l'état du tube digestif) la nécessité d'avoir recours aux expectorants et aux vésicatoires sur le thorax, et s'il est possible, à la respiration d'un air échauffé qui dissolve une plus grande quantité de mucosités bronchiques dans un temps donné. Je n'entrerai point ici dans des considérations thérapeutiques qui ont été ailleurs largement exposées. (*Mémoire sur l'asphyxie par l'écume bronchique*). J'ajouterai seulement que le tartre stibié n'a pas, à beaucoup près, dans la pneumonie hypostatique, les

avantages qu'on lui a prêtés et que je lui ai quelquefois reconnus dans la pneumonie aiguë; qu'à haute dose, je l'ai vu, dans un cas, déterminer une gastrite intense, avec production de pseudo-membranes sur toute la surface de l'estomac, et que dans deux autres l'oxyde blanc d'antimoine a déterminé aussi une rougeur intense de toute la membrane muqueuse gastrique. Un élève interne de l'Hôtel-Dieu, qui avait été long-temps à l'école des personnes qui donnent à hautes doses les préparations antimoniales, convint que dans un de ces cas il y avait l'inflammation la plus franche que l'on puisse concevoir. Je suis loin de nier les résultats obtenus par un praticien dont je tiens à honneur d'avoir suivi les savantes leçons; mais je n'ai pas été aussi heureux que lui dans l'emploi des antimoniaux.

Lorsque la pneumonie hypostatique vient à se compliquer avec l'inflammation aiguë du poumon, lorsque la réaction a lieu et qu'elle est annoncée par les signes généraux dont nous avons parlé, il paraît utile d'insister alors sur les antiphlogistiques proprement dits, les saignées, les applications de sangsues, sur les vésicatoires volants, les boissons aqueuses dites pectorales; c'est alors le cas de cesser tout-à-fait les toniques, mais encore ici il ne faut pas oublier que la pesanteur influe aussi sur le développement de l'inflammation, et qu'il faut, autant que possible, placer le malade dans une telle attitude que le sang n'ait pas par son poids une tendance à se porter vers la partie malade.

Le degré de la pneumonie hypostatique influe beaucoup sur le traitement par lequel on doit la combattre; quand elle est légère et lorsqu'elle commence, on conçoit que l'exercice, le changement fréquent de position du malade, quelques toniques peuvent suffire. Le plus souvent cependant des saignées générales sont dès lors utiles et ont la plus grande efficacité. A des degrés plus avan-

cés, on a recours, suivant les divers symptômes organiques qui se présentent, à des saignées ou à des toniques; mais si la maladie est ancienne, si le poumon reste depuis long-temps hépatisé, peut-être vaut-il mieux faire vivre plus long-temps le malade en l'alimentant, éviter ses souffrances en ne le médicamentant pas et en ne prodiguant pas les exutoires, que de faire une médecine active et inutile.

Ces considérations sont surtout applicables aux cas très-nombreux où la pneumonie hypostatique coexiste avec une maladie incurable, prochainement mortelle, ou à ceux dans lesquels elle est la conséquence d'une lésion irrémédiable. Ici, tant que la cause organique ne peut être atteinte, l'effet doit subsister; ainsi dans la phtysie pulmonaire, dans les dernières périodes des rétrécissements des orifices du cœur, dans l'hémorrhagie cérébrale considérable et parvenue au-dessus des ressources de l'art, il est évident qu'on ne doit employer que des palliatifs ou des moyens hygiéniques, et que faire plus, ce serait tourmenter le malade et quelquefois hâter sa mort.

La coëxistence d'une inflammation de l'estomac ou des intestins exige de grandes modifications dans le traitement précédent; malheureusement cette complication n'est que trop fréquente, et doit le plus souvent empêcher d'avoir recours aux toniques. Il est vrai que les rougeurs qu'on trouve dans l'estomac et les intestins du cadavre sont souvent, comme cela a lieu pour les poumons, la conséquence de l'hypostase qui a lieu dans les derniers jours de la vie; mais, consécutivement à l'hypostase du sang, les poumons s'enflamment. On ne voit pas pourquoi il n'en arriverait pas ainsi pour le tube intestinal. C'est précisement la coëxistence des ulcérations intestinales et de la pneumonie hypostatique qui, dans l'entérite typhoïde, rend le traitement de la maladie du poumon

si difficile, et il est douteux que dans cette complication on doive mettre en pratique les conseils que Laënnec donne dans la pneumonie des vieillards, des sujets débilités : « Les toniques, et en particulier le quinquina, sont utiles, particulièrement vers la fin, dit-il, lorsqu'après la période de suppuration, la fièvre est tombée; et la résolution se fait très-lentement. Les anciens (et il cite Arétée) prescrivaient le vin dans les mêmes circonstances. » Il ajoute les avoir quelquefois imités avec succès et admet que dans certaines épidémies de pneumonie *les saignées sont toujours nuisibles et les toniques, le quinquina toujours utiles.* Il est sans doute des cas où ces toniques peuvent convenir; M. le professeur Chomel s'est bien trouvé de l'emploi du vin dans la pneumonie survenue chez les ivrognes; mais cet habile praticien le réserverait dans la pneumonie aiguë pour un bien petit nombre de cas, et il y a lieu de penser qu'il ne le prescrirait pas dans la pneumonie hypostatique, s'il croyait à la coëxistence d'ulcérations intestinales. Faire varier autant que possible la position du sujet, être réservé dans la quantité de boissons qu'on donne, employer des évacuations sanguines lorsque les forces le permettent, faire appliquer, lorsqu'on ne peut mieux faire, des excitants sur la peau et les porter successivement sur diverses parties, tels sont les divers moyens qu'on peut diriger contre la lésion du poumon qui ne doit pas faire oublier celle du tube digestif.

RECHERCHES

SUR LES CAUSES OCCASIONELLES,

ET SUR

LA NATURE DE L'AFFECTION

APPELÉE

FIÈVRE OU ENTÉRITE TYPHOÏDE.

RECHERCHES

SUR LES CAUSES OCCASIONELLES,

ET SUR

LA NATURE DE L'AFFECTION APPELÉE

FIÈVRE OU ENTÉRITE TYPHOÏDE.

L'analogie existante entre quelques-uns des symptômes du typhus des armées et ceux de la fièvre grave des auteurs, a fait donner à cette dernière maladie le nom de fièvre typhoïde. Quelques faits me portent à penser que la cause occasionelle, qui le plus souvent imprime à celle ci un caractère spécial, a beaucoup d'analogie avec celle qui détermine spécialement le typhus, et justifient ainsi l'épithète par laquelle M. le professeur Chomel l'a désignée. Ce mémoire est spécialement destiné à apprécier le degré d'influence de l'encombrement dans le développement de l'affection typhoïde, et à émettre quelques considérations sur la nature et le traitement de cette maladie.

Observations.

Sur six observations de fièvre typhoïde, recueillies en ville depuis deux ans, et où l'existence de cette affection fut parfaitement constatée, soit par la marche des symptômes, soit, dans deux cas, par la nécropsie, il y en avait cinq où les malades s'étaient trouvés dans les circonstances d'habitation suivantes : chambres très étroites, non aérées, ou rideaux épais fermant des alcoves; ou encore, chambres assez vastes, mais habitées par trois ou quatre personnes. Un seul cas fut observé chez une jeune demoiselle qui couchait avec sa sœur, dans un appartement salubre; mais il n'y eut point ici d'affection dans l'iléon, et c'était seulement dans le colon ascendant que la lésion avait son siége. Deux de ces personnes étaient des étudiants en médecine, habitant Paris depuis un ou deux ans; deux autres, des commis marchands; le cinquième était un facteur de diligences. Tous ces individus n'avaient été soumis à aucunes privations, ne faisaient

point d'excès, et ne paraissaient pas avoir été exposés à des causes de putridité ou de maladie autres que celles qui dépendaient de leur habitation. Il faut remarquer que, dans les cinq cas, les chambres étaient obscures.

Pendant le service que je fis à l'Hôtel-Dieu, il y a trois ans, pour M. Bally, il y eut cinq cas bien tranchés de fièvre typhoïde, et dans ces cinq cas il s'agissait d'ouvriers exerçant des professions diverses, mais qui tous habitaient en chambrées où ils étaient entassés dans d'étroits espaces.

Il n'entra à la clinique de la Pitié, du 15 mai au 1er novembre, que trois hommes atteints de la même affection. L'un, Richard, âgé de vingt ans, entré le 18 juin, était à Paris depuis six mois; il occupait, conjointement avec cinq autres personnes, une chambre d'une petite dimension. L'autre, Coquet, âgé de vingt-neuf ans, entra le 13 août; il habitait, avec quatre de ses camarades, une chambre fort petite. Le troisième, Rollin Constant, âgé de vingt ans, entré le 17 septembre, couchait dans un très petit cabinet où il n'y avait aucun moyen de renouveler l'air, et qui était situé derrière la boutique du maître chez lequel cet homme exerçait son état de cordonnier.

Ainsi, sur quatorze cas d'entérite ou de fièvre typhoïde bien constatés, il y en avait treize où les malades avaient habité dans des espaces très étroits, ou dans des pièces un peu plus grandes, mais encombrées par plusieurs hommes. Dans les cas nombreux d'entérite typhoïde que j'avais recueillis précédemment dans les hôpitaux, je n'avais fait aucunement mention du genre d'habitation des individus qui en avaient été affectés; malheureusement, quelle que soit l'attention avec laquelle on note les circonstances d'un fait, il y a presque toujours des détails qu'on oublie; et si on ne les recueille pas dans l'intention de constater ou d'infirmer la vérité d'une opinion, on néglige souvent des points essentiels qui auraient fourni plus tard d'utiles documents.

Rapprochant ces quatorze cas des faits dont je venais d'être témoin pour le choléra à la Salpêtrière (faits qui ont donné lieu au mémoire qui, imprimé avant celui-ci, le suivra cependant dans l'ordre de la pagination), j'ai prié deux des élè-

ves de la clinique dont j'avais eu l'occasion d'apprécier le zèle, MM. Baron et Patouillet, de vouloir bien se transporter d'hôpital en hôpital, et de prendre, avec une scrupuleuse attention, des renseignements positifs sur l'habitation qu'avaient les malades qui, se trouvant actuellement à l'Hôtel-Dieu et à la Pitié, étaient atteints de fièvre typhoïde bien constatée, et ils me promirent de mettre dans ces recherches la plus grande indépendance d'opinion, l'esprit le moins prévenu, et de tenir compte des cas où l'habitation aurait été salubre, comme de ceux où elle ne l'aurait pas été. Le tableau suivant a été le résultat de leurs travaux.

TABLEAU

Relatif à l'habitation d'individus atteints d'entérite typhoïde, et qui se trouvaient dans quelques-unes des salles de l'Hôtel-Dieu et de la Pitié, pendant les mois de décembre 1832, de janvier et février 1833.

Par MM. BARON et PATOUILLET.

HOTEL-DIEU. *Salle Sainte-Magdelaine.*

N° 16. Delâtre (Louis), âgé de 29 ans, tailleur, habitant une petite chambre seul, au 3e étage.

N° 23. Petit (Pierre), âgé de 20 ans, entré à l'hôpital le 28 décembre, journalier, demeurant en chambrée.

N° 14. Besson (Jean), 16 ans, entré à l'hôpital le 26 décembre, fileur, couchant avec deux autres personnes dans la même chambre.

N° 33. Foliquier (Jean), 26 ans, entré à l'hôpital le 10 janvier (mort), commissionnaire, demeurant en chambrée.

N° 28. Rouland (François), 30 ans, entré à l'hôpital le 19 décembre (sorti le 3 février), couvreur, en chambrée.

N° 32. Desaillou (Ferdinand), 23 ans, entré à l'hôpital le 5 janvier, commissionnaire, en chambrée de cinq personnes.

N° 25. Houdard (Victor), 16 ans, entré le 13 janvier, cordonnier, demeurant à deux dans un cabinet.

N° 27. Burchy (Antoine), 21 ans, entré le 26 janvier, ébéniste, habitant une petite chambre au 4e sur le derrière.

N° 30. Sagnier (Louis), 24 ans, entré le 1er février, garçon épicier, couchant avec un autre garçon dans une petite chambre.

N° 15. Barberet, 23 ans, entré le 14 (sorti guéri), menuisier, en chambrée de quatre personnes.

N° 29. Ardonier (Jean), 19 ans, entré le 18 janvier (sorti guéri), maçon, en chambrée.

N° 21. Pierrou (Isidore), 37 ans (mort), tisserand, demeurant avec sa femme et trois enfants.

N° 19. Saint-Léger, entré le 4 janvier, garçon maçon, en chambrée.

Salle Saint-Lazare.

N° 1. Dubroc (Élisabeth), 41 ans, entrée le 20 novembre, sortie le 4 janvier, cuisinière, couchant dans un cabinet noir.

N° 6. Mangeau (Marie), 42 ans, entrée le 29 décembre domestique, habitant seule une petite chambre.

N° 9. Lelièvre (Jeanne), 20 ans, entrée le 23 janvier, couturière, couchant dans une petite chambre au 6e.

N° 10. Brisard (Caroline), 22 ans, entrée le 1er février, couturière, couchant avec une camarade au 5e étage.

N° 11. Boilet (Eugénie), 23 ans, blanchisseuse, entrée le 24 février, la stupeur a empêché de connaître son habitation, etc.

N° 1. Élisa Dupuis, 28 ans, entrée le 6 janvier, sortie le 20, cuisinière, demeurant à deux dans une petite chambre au rez-de-chaussée.

Salle Sainte-Marguerite.

N° 31. Bouteille (Louis), 25 ans, entré le 10 janvier, cordonnier, demeurant en chambrée.

N° 13. Cauchois (Honoré), tailleur, entré le 9, mort le 17, en chambrée de six personnes couchant par deux.

N° 37. Derveaux, élève en médecine, demeurant avec sa mère (cas exceptionnel).

HOPITAL DE LA PITIÉ. *Salle Saint-Joseph.*

N° 9. Loucher (Claude), 22 ans, journalier, entré le 1er janvier, demeurant avec un autre dans un cabinet noir.

N° 10. Blanc (Philibert), 41 ans, tailleur de pierre, demeurant en chambrée de quatre personnes, dans un endroit humide et sur le derrière, au rez-de-chaussée.

Si l'on ajoute les vingt-quatre cas du tableau précédent aux quatorze précédemment signalés, on aura pour résultat trente-huit; et voici les rapports existant entre l'habitation et l'entérite typhoïde.

Vingt et un habitaient en chambrées, c'est-à-dire qu'ils avaient couché en plus ou moins grand nombre, et pendant

un temps plus ou moins long, dans des pièces de petites dimensions, le plus souvent mal éclairées, n'ayant ordinairement qu'une seule fenêtre qui s'ouvrait rarement.

Six avaient pour demeure des chambres étroites ou des cabinets où ils habitaient à deux.

Huit étaient dans des cabinets très étroits, non aérés, formant des arrière-boutiques ou placés sous les toits.

Deux seulement habitaient des chambres plus vastes, mais encore il y avait deux personnes dans chacune d'elles.

Un de ces malades enfin, était si mal, qu'on ne put savoir quel était son genre d'habitation.

Il résulterait de ceci que, sur trente-huit individus, trente-cinq auraient été sous l'influence de l'encombrement; car un seul homme, dans un petit espace, produit la même altération de l'air, et donne lieu à des exhalaisons de matière animale analogues à ce qui a lieu dans les grandes réunions d'hommes. Deux seuls cas sont exceptionnels et le troisième est inconnu. Ajoutons qu'on n'a pas assez analysé les circonstances dans lesquelles se sont trouvées les personnes qui ont fait exception à la règle générale, pour pouvoir affirmer qu'aucune cause putride ou aucun encombrement n'ait agi sur elles.

Il serait facile de passer ici en revue l'action des causes qu'on pourrait accuser d'avoir déterminé l'entérite typhoïde, et de faire voir qu'elles ont varié pour tous les individus, et qu'une seule d'entre elles, l'encombrement ou l'habitation dans un espace étroit, a été la plus fréquente. Un grand nombre de ces malades n'étaient point dans la misère; beaucoup d'entre eux se nourrissaient bien et ne faisaient pas d'excès ou ne souffraient pas de privations; quelques-uns arrivaient à Paris; d'autres y séjournaient depuis long-temps; mais, encore une fois, trente-cinq sur trente-huit avaient été soumis à la cause qui vient d'être signalée.

Bien qu'il ne soit pas possible de conclure de ces trente-huit cas à tous les autres, toujours est-il qu'il y a lieu de croire que ce qui a été vrai pour près de quarante personnes, prises au hasard, le sera jusqu'à un certain point, d'un grand nombre des autres. Qu'on ne dise pas que les relevés pré-

cédents, ayant été faits dans les hôpitaux, et que les hommes qui s'y trouvent étant des ouvriers qui habitent en chambrées, il doit en résulter que tous les cas d'entérite typhoïde qu'on observe dans ces hôpitaux, auront lieu chez des individus en chambrées, et en conséquence qu'il pourrait bien n'en pas être ainsi ailleurs : cet argument ne peut être de quelque poids ; car, d'une part, les cinq personnes attaquées en ville étaient dans les mêmes circonstances d'habitation, et de l'autre les malades des hôpitaux sont fort loin de sortir pour la plupart, de chambrées ou d'étroits espaces. Si l'on en questionne un certain nombre, on voit bientôt que ce sont les hommes atteints de fièvre typhoïde qui ont le plus fréquemment habité des chambrées.

En général, des malades reçus à la clinique de la Pitié pendant la durée de mon service, habitaient des lieux salubres et non encombrés ; tandis que les trois qui furent atteints d'entérite typhoïde étaient logés dans d'étroits espaces, ou bien couchaient dans des chambres communes à eux et à plusieurs autres hommes.

Ajoutons à ceci qu'à la Salpêtrière rien n'est plus rare que la fièvre typhoïde : ce n'est pas qu'il ne s'y trouve de jeunes filles qui pourraient bien en être atteintes, mais la plupart des dortoirs étant salubres et espacés, il est très peu commun de voir chez elles l'affection dont il s'agit.

Les conclusions à tirer de tout ceci sont : qu'il est probable que l'encombrement ou l'habitation dans un espace trop étroit et non aéré est, ainsi que Pringle l'a admis pour le typhus, une des causes principales de la fièvre typhoïde. Pour donner plus de poids à cette opinion, et pour s'élever à la nature intime de cette maladie, rappelons quelques expériences sur l'absorption des substances putrides, et passons en revue quelques affections qui pourront servir à éclairer l'étiologie et la nature de cette affection.

Analogies et Rapprochements.

1° L'injection des matières putrides dans les veines, faite par MM. Gaspard Magendie, Leuret et Dupuis, fut suivie des accidents des fièvres graves. Les mêmes phénomènes se

déclarèrent lorsque M. Magendie suspendit des animaux dans un espace étroit, au fond duquel pourrissaient des substances végétales ou animales. L'influence délétère des émanations putrides sur les organes a été admise de toute antiquité. Il est vrai que M. Parent du Chatelet n'a pas vu que les voiries ou des débris d'animaux en putréfaction, déterminassent, *en plein air* des accidents typhoïdes ou des pustules malignes; mais, d'une part, pour que les émanations putrides occasionent des accidents graves, il faut qu'elles soient concentrées, et en plein vent elles sont étendues dans trop d'air pour pouvoir être bien dangereuses; de l'autre, l'air que respiraient les hommes que M. Parent a vu vivre impunément dans des endroits infects, n'était point altéré. Il n'y avait là ni soustraction d'oxygène, ni addition d'acide carbonique, comme cela a lieu lorsqu'il s'agit d'un air qui a été respiré par un grand nombre d'individus.

Pour apprécier l'influence des émanations qui se dégagent des corps en putréfaction, il faudrait le faire dans des endroits clos et non en plein vent qui certes est le meilleur des désinfectants. D'ailleurs il n'y a qu'à consulter les médecins qui ont habité en Bourgogne pour savoir, avec Énaux et Chaussier, tout le danger, sous le rapport de la pustule maligne, que courent ceux qui dépècent ou touchent des substances putrides, ainsi qu'à méditer les écrits de Pringle, Lind, Desgenettes, Déveze, Chervin, Forget (1), etc., pour être convaincu que les émanations putrides concentrées sont fort dangereuses.

2° Des plaies simples et légères, une coupure faite avec un couteau se guérissent en quelques heures. Si l'instrument tranchant est un scalpel imprégné des liquides putréfiés d'un cadavre, la plaie ne se cicatrise plus; elle s'enflamme, sa surface devient grise, un ulcère arrondi se forme, sa durée est interminable; souvent les lymphatiques correspondants sont irrités, les glandes qui leur correspondent deviennent volumineuses, des accidents généraux très graves, quelquefois mortels, en sont la suite. Il suffit donc

(1) *Traité de médecine navale*, chez Baillière, 1832.

qu'une plaie simple, faite par un instrument tranchant, se trouve compliquée du dépôt d'un corps putride, pour que la plaie prenne un caractère tout spécial et que j'appellerai typhoïde et pour que les vaisseaux lymphatiques qui y correspondent s'enflamment et dans certains cas suppurent.

3° La petite incision faite à une veine dans l'opération de la saignée se cicatrise dans les vingt-quatre heures qui suivent celle-ci. En ville, il est très rare que cette plaie s'enflamme gravement : pour ma part, depuis près de dix-sept ans que je vois des malades, jamais je n'ai vu dans ma pratique, survenir de phlébite suite de saignée. Or, j'attache la plus grande importance à la propreté de la lancette dont je me sers : elle est lavée et essuyée après la phlébotomie, et immédiatement avant de faire une nouvelle saignée, elle est de nouveau nétoyée. J'ai déchiré cent fois peut-être la cicatrice récente pour tirer du sang, en évitant de faire une nouvelle piqûre, et encore une fois je n'ai point vu survenir de phlébite en ville. Il n'en a pas été ainsi dans les hôpitaux; dans plusieurs salles où il y avait beaucoup de malades, proportionnément aux dimensions de l'espace où ils se trouvaient, j'ai vu survenir les phlébites les plus graves et souvent mortelles. Cela a surtout eu lieu à l'Hôtel-Dieu, dans la salle Sainte-Martine où quatre rangées de lits sont placées, et où le plafond est très bas. A la Salpêtrière, la phlébite suite des saignées, est loin d'être commune; cependant on y en voit encore un certain nombre d'exemples. Du reste, les accidents de la phlébite suivent, dans les cas où elles ont lieu dans les hôpitaux, la même marche que parcourent ceux de la lymphatite, suite de la piqûre de scalpel : la petite plaie des parties qui recouvrent la blessure de la veine a le même aspect que cette piqûre; seulement, les phénomènes généraux se décident plus promptement et plus gravement, à cause de la largeur des veines, de la rapidité de la circulation qui y a lieu, comparées au petit calibre des lymphatiques et à la lenteur du cours de la lymphe. Tout porte donc à croire : que c'est le plus souvent le sang corrompu et les autres principes putrides, déposés sur la lancette dont on se sert; ou bien les miasmes putrides, résultats de l'encombrement, et en contact avec

la plaie des téguments et de la veine; ou encore la respiration, et ensuite le mélange avec le sang de l'air altéré par l'habitation de beaucoup d'hommes ou peut-être d'un seul homme dans un espace étroit, qui donnent le plus souvent lieu à la phlébite grave ou typhoïde.

4° La gangrène ou la pourriture d'hôpital paraît être le produit de l'encombrement. Il suffit, comme l'ont vu Percy, Larrey et M. le professeur Dupuytren, qu'il y ait beaucoup de blessés dans des salles étroites, pour que la gangrène d'hopital s'y déclare. M. A. F. Ollivier, qui a publié sur cette affection une monographie trop peu connue, et qui renferme une foule de faits instructifs, n'admet pas que l'influence de l'encombrement soit la seule circonstance qui cause cette maladie, car il soutient qu'un virus l'occasione, et il en a donné la preuve matérielle, en s'inoculant lui-même la maladie dont il s'agit; une inoculation faite dans le tissu cellulaire sous-cutané fut suivie du développement de la pourriture d'hôpital : une vésicule se forma, elle se rompit, une couenne blanchâtre lui succéda, et ce ne fut qu'à l'aide de cautérisations successives qu'on put enlever la maladie. S'il est difficile de douter d'après ces faits et beaucoup d'autres signalés par M. A. F. Ollivier, qu'il y ait un virus de la gangrène d'hôpital et qui déposé sur une plaie, puisse sans encombrement occasioner le développement de la maladie, il faut au moins avouer que l'entassement des blessés joue le plus grand rôle dans la production première du virus. Ce n'est guère, en effet, que lorsque beaucoup d'entre eux ont été réunis, qu'on voit d'abord paraître le typhus traumatique, et que lorsque les pièces d'appareil qui communiqueraient la maladie, seraient provenues, dans tous les cas, d'endroits où il y aurait eu encombrement de blessés et auraient toujours été salies par des sucs écoulés de la surface des plaies. Il semblerait donc que le virus de la pourriture d'hôpital se formerait sous l'influence de l'entassement des hommes atteints de blessures, et pourrait ensuite être communiqué.

Quoi qu'il en soit de ces idées, il n'en résulte pas moins que des plaies simples, très légères, étant même sur le point

de guérir, venant à être enflammées par les miasmes résultant de l'encombrement et répandus dans l'air ou en contact avec des substances putrides, prennent un caractère spécial et typhoïde; elles ressemblent alors, pour les apparences, à la piqûre du scalpel, à la petite plaie des téguments et de la veine dans la phlébite typhoïde, et à d'autres lésions dont il nous reste à parler. Aussi M. A. F. Ollivier a-t-il donné à cette affection le nom de typhus traumatique.

5° Les suites de l'accouchement en ville sont ordinairement fort simples. La vaste surface saignante, que l'utérus présente après le décollement du placenta, revient assez promptement à l'état où la face interne de la matrice était avant la gestation. Les manœuvres de l'accouchement, la longueur du travail, les caillots qui se trouvent dans la cavité utérine, la sécrétion du lait qui doit se faire, le refroidissement, etc., sont des circonstances qui agissent tout aussi bien sur la nouvelle accouchée dans la pratique particulière que dans les salles des hôpitaux. Pourquoi donc voit-on si souvent la métrite et la péritonite graves à la Maternité et si rarement en ville. La cause en a été signalée par Chaussier, Desormeaux, et constatée par MM. Moreau, Cruveilhier et Paul Dubois: c'est qu'à la maison d'accouchements, il y a encombrement des femmes, et qu'elles sont isolées en ville; cela est si vrai qu'il suffit de quelques lits de plus dans les dortoirs pour que les *fièvres puerpérales* les plus graves éclatent, et que ces maladies cessent d'être observées aussitôt que le nombre des accouchées diminue. On sait avec quelle philanthropie et quelle persévérance M. le professeur Cruveilhier a cherché à remédier à l'encombrement des femmes auparavant entassées dans les salles de la Maternité.

Du reste, rappelons l'analogie qui existe entre l'apparence de la surface interne de la matrice dans la métrite grave et celle des plaies précédentes. Remarquons cette phlébite utérine qui la suit; maladie si bien étudiée par Dance, et dont l'histoire est inséparable du nom de cet observateur; cette affection des veines qui rappèle si bien la phlébite qui dans les hôpitaux suit la phlébotomie. N'oublions pas cette lymphatite coexistante observée par M. Tonnellé et étudiée par

M. Nonat; rapprochons celle-ci des suites des piqûres de scalpel, et arrivons à cette conclusion : que la métrite simple qui suit l'accouchement, est susceptible de prendre, aussitôt que l'encombrement porte son influence fâcheuse sur les suites de l'accouchement, le caractère typhoïde.

Remarquons que si l'on peut citer quelques exemples du même genre en ville, il ne faut pas oublier la ridicule précaution qu'ont les gardes-malades de renfermer les accouchées pendant la fièvre de lait, dans des rideaux bien fermés, de ne jamais permettre le renouvellement de l'air, et de placer par conséquent la femme dans les mêmes conditions que les personnes qui, dans les hôpitaux, se trouvent dans un air altéré par la respiration d'un grand nombre d'individus. Avouons aussi que les caillots putréfiés dans la cavité de l'utérus où l'air pénètre, peuvent avoir aussi une influence marquée sur le développement de la maladie.

6° La pneumonie hypostatique simple n'est jamais compliquée d'escharres gangréneuses. Il n'en est pas toujours ainsi dans l'encombrement. Pendant les trois hivers qui ont précédé celui-ci, on mettait des brancards dans les salles de l'infirmerie de la Salpêtrière, et ces salles qui d'ordinaire contenaient vingt-quatre lits, en renfermaient alors trente-six. Or, la mortalité devenait alors effrayante, et les symptômes des fièvres typhoïdes venaient se joindre à ceux propres à la pneumonie. Il est même arrivé, dans quelques cas, de trouver des escharres gangréneuses dans le poumon. Or, rien de semblable n'est arrivé cette année dans les salles. Je me suis opposé à ce qu'on y plaçât des lits surnuméraires, et je crois que cette précaution a été la cause de la différence observée. Ceci me rappelle quelques faits mentionnés par M. Foville : chez plusieurs idiots, morts dans l'état de malpropreté et dans la fange, et qui portaient des ulcérations au sacrum, il y avait dans les poumons, sur-tout au bord antérieur de la base de ces organes de petites cavités gangréneuses. Il y aurait donc, sous l'influence de la malpropreté et de l'encombrement, une pneumonie typhoïde, comme on voit des phlébites, des métrites typhoïdes, ect., avoir lieu sous l'empire de causes du même genre.

7° Lors de l'épidémie de grippe qui précéda de quelques mois l'apparition du choléra, la première de ces affections présentait pour caractère spécial une toux accompagnée d'un tintement en quelque sorte métallique et qui, revenant par quintes très analogues à celles de la coqueluche, était souvent suivie, comme elle, de vomissements, et précédée d'une inspiration sifflante. D'abord, à la Salpêtrière et dans mon service, aucune des malades qui en furent atteintes ne périt; il arriva que le nombre de ces femmes augmentant, elles furent placées sous le toît dans une petite salle très basse, ordinairement réservée aux convalescentes, et où elles se trouvèrent vingt-quatre dans un étroit espace. Les jours suivants, des cas beaucoup plus graves se dessinèrent: la face, la langue, les fonctions cérébrales prirent des caractères tout nouveaux, un grand nombre de pneumonies hypostatiques furent observées : celles-ci entraînèrent promptement la mort, avec les symptômes des fièvres putrides des auteurs. Plusieurs malades passèrent successivement dans le même lit et y succombèrent : les accidents cessèrent d'avoir cette gravité aussitôt qu'on diminua le nombre des femmes que renfermait cette salle.

8° Il y a tout lieu de penser que la variole, discrète chez les individus isolés, peut quelquefois devenir typhoïde et confluente chez des hommes, par cela même qu'ils sont renfermés dans d'étroits espaces ou qu'ils habitent dans des endroits où beaucoup d'autres personnes sont rassemblées. Du moins je me rappelle que la plupart de ceux que j'ai vus périr de la variole confluente étaient, dans les hôpitaux, des ouvriers qui avaient couché en chambrées, et en ville, soit des personnes habitant d'étroits espaces, soit encore des individus renfermés dans leurs rideaux, et dans des chambres où, dans la crainte d'entraver l'éruption, on se donnait garde de renouveler l'air. Les mêmes considérations sont peut-être applicables à quelques autres phlegmasies cutanées.

Les maladies des membranes muqueuses prennent sur-tout de l'influence de la cause *encombrement*, un caractère spécial et souvent funeste.

9° L'ophthalmie de la conjonctive oculaire ou palpébrale,

bien que souvent rebelle aux moyens thérapeutiques, guérit cependant avec assez de promptitude; mais s'il arrive qu'elle se manifeste dans de grands rassemblements d'hommes, alors elle devient interminable, et entraîne souvent la perte de l'œil. Ici la maladie persistant, ce n'est plus, suivant les auteurs, une affection bornée aux vaisseaux de la conjonctive, mais c'est une inflammation étendue aux cryptes muqueux des paupières; et bien que dans un cas je n'aie pas constaté, par la dissection, cette altération des follicules, cependant trop d'autorités se sont élevées en Allemagne, en Angleterre et en France en faveur de cette lésion des follicules muqueux, pour que je ne croie pas devoir, d'après un seul fait, la révoquer en doute (voyez le *Mémoire sur l'ophthalmie palpébrale*). D'ailleurs, pour qu'une inflammation persiste dans une membrane muqueuse, et par cela même qu'elle y persiste, on voit le plus souvent les glandes mucipares s'enflammer aussi, et la maladie prendre dès lors plus de gravité et sur-tout plus de ténacité. Cela est sur-tout vrai des inflammations de la membrane qui tapisse la face interne des lèvres, où l'on voit lorsque la phlegmasie persiste, les cryptes sous-jacents grossir, s'ulcérer, présenter une surface grisâtre et ne revenir à l'état normal qu'après plusieurs jours. Or, l'ophthalmie palpébrale épidémique et que j'appellerai typhoïde, par cela même qu'elle est compliquée avec la circonstance encombrement, est persistante, peut s'étendre aux glandules, sans qu'il faille admettre pour cela que la maladie des cryptes muqueux soit primitive. Quoi qu'il en soit, et pour ne pas nous écarter du sujet de ce mémoire, notons qu'ordinairement l'ophthalmie simple est assez promptement curable, qu'elle dure moins et qu'elle a une tendance plus marquée vers la guérison; tandis que l'ophthalmie compliquée de la cause typhoïde est rebelle à presque tous les moyens de traitement, dure indéfiniment, a un caractère spécial, et n'a le plus souvent aucune tendance à se dissiper. Remarquons encore que le liquide puriforme qui s'écoule des paupières, ainsi que cela avait eu lieu pour le typhus traumatique, a la propriété de communiquer la maladie dont est atteinte la surface qui le forme.

10° L'angine et la bronchite, dans les circonstances d'encombrement précédemment indiquées, pourraient-elles revêtir les caractères de l'angine couenneuse et du croup? Je n'ai point de faits positifs à citer en faveur de cette opinion ; mais ce qu'il y a de sûr, c'est que dans les grandes réunions d'enfants, dans les salles d'hôpitaux consacrées au jeune âge, ces maladies sont bien plus graves que chez des individus isolés. Cela est sur-tout vrai du muguet qui, peu dangereux chez les derniers, est si souvent mortel chez ceux qui sont entassés dans des asiles d'orphelins peu salubres, ou dans des dortoirs étroits.

11° La colite simple, si fréquente en automne et dans la saison des fruits, est une maladie légère qui cesse presque en même temps qu'elle paraît. Un peu de diète, quelques boissons adoucissantes la guérissent en vingt-quatre heures. Mais voyez ce qui arrive aussitôt que des hommes se trouvent réunis en grand nombre et que cette colite règne. Elle prend tout-à-coup un tout autre caractère. Étendant ses ravages sur un grand nombre d'hommes, attaquant l'armée anglaise après la bataille de Dettingue ainsi que le rapporte Pringle, et les colonnes françaises en Égypte, ainsi que l'a observé M. le professeur Desgenettes; portant parmi les Prussiens, dans les plaines de la Champagne, sa terrible influence; décimant nos armées victorieuses dans des contrées et dans des climats très divers; la colite épidémique prenant alors le nom de dysenterie et qui pourrait être aussi appelée colite typhoïde, se prolonge alors indéfiniment, frappe de mort des milliers d'hommes, résiste aux moyens de traitement qui lui sont opposés, et dans les cas graves paraît se communiquer par contagion.

La plupart des considérations précédentes pourraient être applicables au typhus et aux maladies du même genre.

Ces faits nombreux et cette esquisse rapide des circonstances dans lesquelles un très grand nombre de phlegmasies prennent un caractère grave, spécial, nous donnent, jusqu'à un certain point l'explication des résultats malheureusement trop peu nombreux qui ont été exposés au commencement de ce travail relativement à la fièvre dite typhoïde, et

semblent porter quelque jour sur la nature de cette affection et par conséquent sur son traitement.

Nature de l'affection typhoïde.

Dans presque toutes les affections précédentes, il y a eu deux ordres de lésions, 1° une locale : piqûre de scalpel, plaie d'une saignée, blessure en voie de cicatrisation, surface utérine saignante et métrite, pneumonie, bronchite, phlegmasie cutanée, ophthalmie, angine, colite, etc.; 2° une lésion locale ou générale, qui probablement n'est qu'une altération des liquides et qui paraît être le résultat de l'action d'une substance putride : tantôt les fluides qui se trouvent dans un cadavre (piqûre de scalpel); tantôt le sang putréfié qui salit une lancette (phlébite typhoïde); ailleurs les sucs qui s'écoulent d'une plaie putride (typhus traumatique); d'autres fois des caillots décomposés dans l'utérus ou les miasmes répandus dans l'air, respirés, puis absorbés (phlébite utérine); enfin, altération de l'air par les émanations qui se dégagent de beaucoup d'hommes réunis (ophthalmie palpébrale, dysenterie, etc.); voici tout autant de causes putrides dont l'action délétère vient compliquer la maladie première qui, sans cette coïncidence, aurait sans doute suivi une marche régulière et se serait promptement terminée.

Or, il paraît aussi que dans la fièvre putride, adynamique, entéro-mésentérique, que dans l'entérite grave, la dothinentérite, etc., comme on voudra l'appeler, il y a aussi deux éléments : l'un, une lésion locale, l'entérite ou la maladie de l'intestin; l'autre, la lésion générale aussi en rapport avec une cause putride.

1° La lésion locale, depuis les beaux travaux de Rœderer et Wagler; de MM. Petit et Serres, Broussais, Chomel, Bretonneau, Andral, Louis, Billard, etc., ne peut, au moins pour la très grande majorité des faits, et pour peu que la maladie ait duré, être révoquée en doute. Les cas où l'on ne trouve rien sont tout-à-fait exceptionnels; la lésion de l'iléon au voisinage de la valvule iléo-cécale, l'engorgement des plaques agminées de Peyer, est à peu près constante.

S'il y a eu dans quelques cas rares, lors de l'ouverture du cadavre, absence de phlegmasie locale, il faut aussi se rappeler que les érysipèles même phlegmoneux, et lorsqu'au dessous de la peau on trouve du pus, ne laissent point quelquefois, après la mort, de traces de rougeur ou d'épaisissement dans la peau. Dans cinq ou six cas, nous avons encore constaté ce dernier fait à la Salpêtrière; il en a été ainsi de plusieurs angines très aiguës: pourquoi donc la même chose n'aurait-elle pas lieu dans quelques cas, pour l'intestin, et pourquoi les grandes pertes de liquides qui surviennent si souvent dans les derniers moments de la vie ne feraient-elles pas pâlir, amincir la membrane muqueuse intestinale, comme cela a lieu pour les autres tissus? Si la lésion des follicules de Peyer se rencontre si fréquemment quand la maladie est ancienne, c'est que l'altération dans leur tissu est assez profonde pour n'être plus susceptible de se dissiper par suite d'une perte de liquide, quelque prompte et quelqu'abondante qu'elle soit. D'ailleurs les symptômes n'indiquent-ils pas, dès le principe, la souffrance de l'intestin; et les légères douleurs abdominales des premiers jours, la diarrhée alors si constante et qui sert si bien à faire reconnaître la maladie, ne confirment-elles pas l'existence de la lésion locale? Du reste, presque tous les observateurs admettent celle-ci; seulement ils sont partagés sur la question de savoir si elle est cause, ou bien si elle est effet.

2° Quant à la lésion générale et à la spécificité de cette maladie, il paraît bien difficile de les nier. Comparez l'obscurité du début de cette affection, ces symptômes locaux peu manifestes, cette fièvre concomitante si marquée, ces phénomènes généraux si constants, ces pétéchies, cette stupeur, cette marche si difficilement entravée par une médication quelconque, cette terminaison si souvent mortelle; comparez, dis-je, ces caractères avec l'évidence de l'invasion de l'entérite, l'intensité de la douleur locale, de la diarrhée ou des vomissements, la réaction fébrile si variable, l'intelligence qui reste saine, les périodes qui n'ont rien de constant, les résultats si prompts et si avantageux de la diète, des évacuations sanguines et des adoucissants; la guérison si fré-

quente dans les cas où il ne s'agit que d'une inflammation simple de l'intestin, et avouez que des lésions identiques, fussent-elles variables dans leur degré, ne pourraient guère donner lieu à deux séries de phénomènes si différents dans les deux cas. Ainsi, il paraît certain qu'il y a une lésion générale entée sur la lésion locale, ou plutôt coexistant avec elle.

Quelle est d'abord la nature de la lésion locale qu'on observe dans l'iléon, à la suite de l'affection typhoïde. Il y a tout lieu de penser que primitivement elle était simple comme l'est une plaie accidentelle qu'on se fait au doigt, ou comme l'est encore l'inflammation de l'utérus qui suit l'accouchement, etc.; mais que compliquée du contact d'un corps putride, ou combinée avec une altération générale du sang, elle revêt un caractère spécial et typhoïde, comme cela a lieu pour la plaie du doigt en contact avec les sucs putrides d'un cadavre; ou pour la métrite compliquée de la cause encombrement, ou de la présence de caillots putréfiés. Alors il y a des ulcères dans l'intestin, leur aspect est grisâtre et semblable à celui de la plaie faite par le scalpel, et ainsi que l'avaient si bien vu MM. Petit et Serres, les ganglions lymphatiques du mésentère s'enflamment et suppurent comme cela a lieu pour les glandes de l'aisselle, à la suite de la piqûre faite avec un scalpel.

Ce n'est pas la lésion des glandes de Peyer qui caractérise l'affection dont il s'agit, car on retrouve cette lésion sans symptômes typhoïdes dans des inflammations intestinales de toute autre nature. Il y a peu de jours, que chez une femme de soixante ans, qui périt à la Salpêtrière, par suite de l'étranglement d'une hernie ombilicale de l'intestin grêle, et chez laquelle les symptômes ne dataient que de deux jours, on trouva les plaques de Peyer, dans la portion étranglée de l'iléon, tuméfiées et enflammées comme dans l'entérite typhoïde; au-dessus et au-dessous les plaques agminées étaient saines; cependant la membrane muqueuse de l'intestin étranglé, bien que rouge, était loin d'être aussi enflammée que la rapidité de la mort aurait pu le faire penser. Dans d'autres cas j'avais constaté des faits analogues : ainsi, si les follicules de Peyer sont enflammés dans l'entérite ty-

phoïde, ce n'est pas parce qu'ils sont le siége exclusif de la maladie, mais bien, parce qu'ainsi qu'il a été dit précédemment, les follicules s'enflamment d'ordinaire, lorsqu'une membrane muqueuse reste long-temps hypérémiée.

Quelle est ensuite l'affection typhoïde, la nature de la lésion générale ou spéciale? Les relevés précédents et les analogies avec les autres maladies épidémiques portent à penser que la cause productrice de cette lésion, agit sur le sang en général, ou sur les liquides de la portion d'intestin malade en particulier; ainsi la matière animale qui s'élève sans cesse des poumons, cette vapeur dont la division est aussi grande que celle de l'eau dissoute dans l'air, et qui par cela même et par son contact si intime avec l'oxygène doit, comme Chaussier l'a observé, se putréfier si rapidement; cette matière animale, dis je, doit nécessairement être absorbée par la membrane muqueuse des poumons et de là être mélangée avec le sang. Bien qu'il y ait ici plutôt une hypothèse qu'un fait, il faut avouer que cette supposition est tellement plausible, tellement en rapport avec ce que nous connaissons des accidents produits par les injections des liquides en putréfaction dans les veines, de l'inspiration continuée des vapeurs putrides, de l'influence de l'encombrement sur la production du typhus, etc., qu'il est difficile d'élever contre elle de sérieuses objections. Ainsi, cette lésion générale serait une altération spéciale du sang, et par suite des solides; l'altération du sang serait souvent le résultat de l'inspiration continuée de vapeurs putrides renfermées dans un espace resserré, et où l'air ne se renouvellerait pas.

Remarquons que d'autres causes putrides peuvent agir aussi dans la production de la complication typhoïde de l'entérite; les ulcérations elles-mêmes donnent lieu à la formation de sucs qui séjournant dans l'intestin, se putréfiant ensuite, et résorbés plus tard, peuvent aussi altérer le sang; telle est en effet la pensée d'excellents observateurs, et c'est sans doute elle qui a conduit M. le professeur Chomel à porter du chlorure de chaux dans le tube digestif; et d'autres, à employer des purgatifs. Les substances alimentaires ingé-

rées dans l'estomac à un état de fermentation putride, peuvent-elles déterminer aussi l'altération supposée dans le sang? On serait peu disposé à le croire quand on se rappelle les expériences de Spallanzani, dans lesquelles des substances à demi-putréfiées perdaient, par l'influence de l'action gastrique, leurs qualités septiques; mais si le tube digestif est malade, s'il est sur-tout ulcéré, il peut arriver pour lui ce qu'on observe pour la piqûre du scalpel : la main recouverte d'épiderme, peut être impunément plongée dans un cadavre, tandis que la peau dénudée devient, dans de semblables circonstances, le siége d'une ulcération putride; ainsi la membrane muqueuse gastro-intestinale, peut bien dans l'état sain ne pas éprouver d'influence fâcheuse de l'action des agents septiques; mais, lorsque l'inflammation l'a atteinte, ulcérée, ou même privée de sa sécrétion muqueuse, il peut n'en pas être ainsi.

Les uns ont prétendu que la fièvre typhoïde était contagieuse (Bretonneau, Gendron), d'autres qu'elle ne l'était pas (le plus grand nombre des observateurs); cette dissidence peut provenir de ce que l'on n'observe point cette maladies au même degré et dans le même lieu. Point de doutes que l'ophthalmie palpébrale épidémique, ne puisse être communiquée par le contact du pus qu'elle forme; pas de doute, que la dysenterie ne puisse être contagieuse; M. Ollivier a prouvé qne le typhus traumatique est dans le même cas, etc.; voilà donc bien évidemment des agents de contagion formés sous l'influence épidémique, résultat de l'encombrement de beaucoup d'hommes; on assiste dans ces cas, pour ainsi dire, à la formation première du *contagium*, et l'analogie porte à croire que si l'affection typhoïde sévit sur beaucoup d'hommes, et a une extrême violence, elle peut aussi devenir contagieuse. C'est au moins ce qui paraît être certain pour le typhus.

Que conclure de tout ceci relativement à la nature de l'affection typhoïde? qu'elle paraît être composée : 1° d'une lésion locale, l'entérite, qui par cela même qu'elle se prolonge, se propage aux glandes de Peyer, où la nécropsie la retrouve plus constamment parce que les traces de la phlegmasie de

celles-ci sont de nature à persister davantage après la mort que celles de l'hypérémie active de la membraue muqueuse elle-même ; 2° d'une lésion générale qui en définitive semble être une altération du sang analogue à celle qu'on présume exister dans le typhus des armées et dans d'autres maladies épidémiques. Ainsi le nom d'entérite typhoïde, paraît être le plus convenable pour désigner la maladie qui fait le sujet de ce Mémoire. Tantôt la cause du typhus peut précéder l'entérite, mais ne se manifester, avec ses symptômes propres, que lorsque celle-ci se déclare sous l'influence de toute autre cause occasionelle; d'autres fois l'entérite peut précéder l'invasion de la complication typhoïde, soit que celle-ci survienne pendant la durée de l'entérite, à l'occasion de l'air impur que respirera le malade; soit parce que les matières contenues dans l'intestin se putréfieront, seront absorbées et altéreront le sang.

Remarquez que cette manière de considérer les faits n'a rien d'exclusif, qu'elle concilie les manières de voir les plus contradictoires et qu'elle explique des divergences si grandes dans les opinions d'hommes dont le talent d'observation et les connaissances pratiques sont de chaque côté si étendues.

Traitement.

Il est évident que si cette théorie était adoptée (et elle ne pourrait l'être évidemment que si des faits plus nombreux étaient recueillis), deux indications fondamentales se présenteraient: l'une de combattre la phlegmasie intestinale; l'autre, de remédier à l'état typhoïde.

Tout en remplissant la première par des saignées locales, des émollients, des boissons, des lavements, des cataplasmes, il ne faudrait pas oublier que la maladie est longue, que la convalescence ne peut s'établir chez des sujets exténués par la diète et les saignées, et dont le tube digestif est assez malade pour ne pouvoir faire de sang. Remarquez encore que les saignées ne réussissent bien que dans les premiers temps, et alors elles ont deux effets également utiles : le premier de remédier à la phlegmasie ; le second d'enlever peut-être

une portion de sang altéré. Quoi qu'il en soit de cette dernière hypothèse, il ne serait pas bon de porter plus tard ses conséquences à l'extrême, car on ne guérirait pas par des pertes de sang, une altération profonde dans la trame des tissus, on faciliterait peut-être la résorption des sucs putrides contenus dans l'intestin, et on affaiblirait en pure perte. C'est dans ce cas, plus que dans tout autre, qu'il faut graduer les évacuations sanguines sur les forces du malade et sur l'effet actuel des pertes de sang. Il ne faut peut-être pas oublier non plus que des aliments légers dans les périodes avancées de la maladie, exciteront peut-être moins la partie affectée que les sucs putrides qui baignent les ulcérations. C'est à l'expérience journalière à décider de la convenance de l'alimentation.

Quant à la seconde indication, la respiration d'un air pur, la ventilation, l'habitation dans une chambre vaste, et à défaut de cela, l'ouverture fréquente des croisées sont peut-être les meilleurs antiseptiques. Le chlorure de chaux en boisson, en lavements, en applications extérieures suivant la méthode de M. le professeur Chomel, est parfaitement indiqué, et son emploi paraît avoir eu de nombreux succès. Un courant d'eau chaude, sur-tout lorsqu'elle est légèrement savonneuse, enlève si bien l'odeur fétide des mains et des plaies, que les boissons à doses répétées et alcalines, paraîtraient convenables. Quelques faits me porteraient à les conseiller. Le malheur est que l'intestin malade est si éloigné de l'estomac, que les boissons sont presque toujours absorbées avant d'y parvenir, et que la valvule iléocœcale s'oppose à ce qu'on puisse y porter des liquides par les injections dans le rectum.

Enfin, il ne faut pas oublier que la lésion de l'intestin, que l'altération présumée du sang entraînent des épiphénomènes nombreux et qui méritent, dans le traitement, une immense considération. Les accidents cérébraux, en rapport peut-être avec l'altération du sang, et souvent aussi avec l'asphyxie par l'écume bronchique commençante ou avec le défaut de sang, la pneumonie hypostatique dont l'existence est si fréquente, la tympanite intestinale qui gêne

à un si haut dégré la respiration, l'écume dans les bronches qui menace d'une mort prompte, les escharres qui augmentent encore le danger de la résorption purulente, la distension de la vessie par l'urine, qui joint le danger de la fièvre urineuse à celui de l'entérite typhoïde, etc., sont tout autant de coexistences d'affections qui font, ainsi qu'on l'a dit si judicieusement pour le choléra, qu'un seul traitement ne convient pas à une maladie, mais qu'il y a autant de traitements que de malades. La médecine qui raisonne, a un avantage immense sur celle qui prétend opposer sans théorie, un médicament à une maladie : c'est qu'il n'y a peut-être pas deux cas où deux affections soient précisément les mêmes ; que les individualités, les complications, etc., modifient à chaque instant la thérapeutique ; or, si vous ne raisonnez pas ce que vous faites, dites-moi, je vous prie, comment vous pourrez trouver par l'empirisme, un moyen spécial et toujours identique qui réussisse pour des cas toujours différents et sans cesse variables.

Ces considérations sur la fièvre typhoïde nous conduisent à l'histoire des causes occasionnelles du choléra.

IMPRIMERIE D'HIPPOLYTE TILLIARD, RUE DE LA HARPE, N° 88.

MÉMOIRE

SUR

LES CAUSES OCCASIONELLES QUI ONT SPÉCIALEMENT AGI

DANS

L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA

OBSERVÉE A PARIS EN 1832,

ET PRINCIPALEMENT A L'HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE.

Lorsqu'une épidémie meurtrière, après avoir porté la désolation dans une partie du monde, s'étend et menace les pays qu'elle n'a point encore frappés, il est du devoir des médecins qui ont eu l'occasion d'observer cette épidémie sur un grand théâtre, de publier ce qui leur a paru utile. C'est la conviction où je suis qu'il s'agit ici d'un devoir, qui m'engage à traiter un sujet pour lequel des publications trop nombreuses ont déjà été faites.

Ces recherches me paraissent établir que, des causes occasionelles du choléra, la plus fréquente et la plus grave est l'altération de l'air, par la respiration d'un ou de plu-

sieurs hommes habitant un appartement resserré, et que la rénovation fréquente de l'air, sur-tout pendant la nuit, est un moyen de préservation d'une grande importance.

Si l'on pense, en lisant ce travail, que les opinions qu'il consacre ne sont pas nouvelles, j'espère qu'on se rappellera aussi qu'il y a peu de faits vraiment neufs; et que ce n'est pas tant de dire du nouveau en médecine qu'il s'agit, que d'établir comme positives des choses même vulgaires.

D'ailleurs, dans les nombreux traités qui se sont succédé sur le choléra, dans les deux instructions publiées par l'Académie, et rédigées d'ailleurs avec un rare talent, on ne parle qu'en passant et d'une manière inaperçue de l'inconvénient du non renouvellement de l'air; on regarde même le refroidissement, les courants d'air comme dangereux, et cette dernière opinion est devenue populaire : la question n'est donc pas résolue. Cependant les plus hautes vues d'hygiène publique dépendent de sa solution. Or, c'est à fixer l'incertitude sur ce sujet que ce Mémoire est consacré.

Ce n'est pas de la cause prochaine du choléra que je veux ici parler, de cet agent inconnu qui fait qu'aujourd'hui se déclarent des symptômes cholériques, là où d'ordinaire se manifesteraient des accidents typhoïdes. Cette cause est jusqu'à présent insaisissable, et il y a lieu de craindre qu'il en soit long-temps ainsi.

Je dois beaucoup pour mes recherches à MM. Beau et Bergeon, élèves internes de la Salpêtrière. Les tableaux qui m'ont servi de base aux relevés qui vont suivre sont leur ouvrage, et pour les faire il a fallu beaucoup de temps et de soins. Ces Messieurs ont mis autant de zèle et de persévérance dans ce travail, qu'ils ont montré de dévouement pour les malades placés sous leur surveillance.

Recherches sur les causes occasionelles du choléra-morbus, observé à Paris en 1832.

Depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, les observateurs ont remarqué dans les épidémies le danger des grandes réunions d'hommes, et l'utilité de l'aération.

La peste d'Orient suit en effet les caravanes, et règne dans les grandes villes. Elle désole, à des époques diverses et éloignées les unes des autres, Athènes, Rome et Moscou, etc. Des pestiférés sont entassés à Marseille, dans un bâtiment peu spacieux relativement au nombre des malheureux qui s'y trouvent : ils meurent presque tous. Le vent détruit la toîture de cet édifice; c'est à dater de ce moment que la plupart des malades guérissent. L'illustre chef du service médical de l'armée d'Orient prévient, autant qu'il se peut et avec succès, l'encombrement des soldats menacés de la peste. Les Francs de Péra, constamment bien logés, sont à peine frappés par cette maladie, qui sévit avec fureur sur les Turcs indigents qui habitent dans d'étroites demeures.

Les funestes épidémies qui, dans le moyen âge, se renouvelant sans cesse, déciment presque chaque année nos villes aux rues étroites, bordées de maisons resserrées et contenant de nombreux habitants, deviennent plus rares à mesure que les habitations sont plus spacieuses et mieux aérées.

La fièvre jaune attaque sur-tout le peuple; elle se manifeste principalement là où beaucoup d'hommes sont réunis, et ses ravages à Barcelonne se suspendent pour ceux qui campent dans les plaines voisines.

Le typhus suit les armées. Il attaque les rassemblements d'hommes de toute espèce, sévit avec fureur dans les espaces où beaucoup d'individus se trouvent réunis, et dis-

paraît quand ces grandes réunions de soldats n'ont plus lieu. M. Rochoux vient de rappeler l'attention sur ce sujet.

M. le professeur Dupuytren voit à l'Hôtel-Dieu, aussitôt que les blessés y sont plus nombreux que ne le comporte la dimension des salles, se manifester le typhus traumatique, et M. Ollivier est témoin du même fait en Espagne.

A la maison d'accouchement, dès que le nombre des femmes dépasse certaines proportions en rapport avec l'étendue du dortoir, M. le professeur Cruveilhier observe la fièvre puerpérale typhoïde, et ne la rencontre plus aussitôt que les accouchées sont un peu moins nombreuses. M. le professeur Moreau est témoin du même fait.

L'entérite typhoïde se déclare sur-tout chez des individus qui logent en chambrées, ou dans des espaces étroits. M. le professeur Desgenettes voit les malades couchés à deux dans un lit, être souvent affectés de fièvres graves; et il craint tellement la non aération, qu'il défend, dans les hôpitaux militaires, de placer les lits dans les encoignures.

Pringle enfin, et ceux qui l'ont suivi, observèrent que la dysenterie épidémique, qui a tant de rapports avec le choléra, se déclare sur-tout dans les prisons, où l'air se renouvelle si mal, et dans les armées, où les hommes sont entassés dans des tentes ou dans des villages.

Il est donc vrai que partout les épidémies graves paraissent recevoir de l'habitation dans un lieu resserré, et du rassemblement des hommes, la principale et la plus fâcheuse influence.

En est-il ainsi du choléra, ou fait-il exception à la règle générale? L'analogie répond affirmativement à la première de ces questions. Mais l'analogie est quelquefois trompeuse; les faits parlent plus haut qu'elle, et ce sont ces faits qu'il importe de consulter.

Les observations que j'ai eu l'occasion de faire, relative-

ment aux circonstances où le choléra s'est développé, peuvent se grouper en plusieurs séries.

1° Faits observés au bureau de secours du quatrième arrondissement.

Toutes les fois que j'ai fait le service au bureau de secours du quatrième arrondissement, mes élèves ou moi nous nous sommes transportés au domicile de ceux qui avaient été frappés du choléra algide, ou bien nous avons recueilli des renseignements circonstanciés sur leur habitation. Partout nous avons trouvé les conditions de localité suivantes :

Tantôt la chambre où avaient couché les cholériques était médiocrement spacieuse, mais alors il y avait une alcove dont les rideaux avaient été soigneusement fermés pendant toute la nuit. D'autres fois, dans la crainte des courants d'air, ou par incurie, ou encore parce qu'il faisait froid, il y avait plusieurs jours que les croisées n'avaient pas été ouvertes.

Le plus souvent le choléra grave avait lieu chez les ouvriers qui avaient passé une ou plusieurs nuits, réunis cinq ou six dans une seule pièce. Quelquefois il n'y avait qu'une seule personne dans un cabinet, mais alors celui-ci était démesurément petit. Le premier cas de ce genre que je vis fut celui d'un malheureux, qui mourut promptement avec les symptômes les plus caractéristiques. Cet homme se portait bien la veille ; il avait couché pendant plusieurs heures dans une sorte de boîte de trois pieds de largeur sur cinq de hauteur, et sur six de longueur. La porte de ce réduit avait été hermétiquement fermée.

Dans certaines chambrées, trois ou quatre personnes sur cinq étaient gravement ou mortellement atteintes. Sept individus couchaient dans une même pièce ; il y eut un cholérique parmi eux; cinq changèrent de demeure, la

convalescence parut s'établir ; le quatrième jour, ces personnes revinrent dans leur domicile, la maladie devint plus grave et frappa trois autres individus. Dans une étroite mansarde, éclairée par une seule lucarne, gissaient le père, la mère et cinq enfants. La mère et trois enfants furent atteints du choléra.

La hauteur de l'étage où les logements étaient situés n'influait en rien sur le développement de la maladie. Les portiers, il est vrai, en étaient atteints avec une sorte de prédilection, signalée par tous les observateurs ; mais ils partageaient cette funeste prérogative avec les habitants des mansardes, ou des cinquième et sixième étages. Quand les loges des portiers étaient spacieuses et que l'air s'y renouvelait facilement, on n'y voyait pas de cholériques, qu'on ne rencontrait presque jamais non plus dans les appartements du premier et du second étages. Cependant s'il arrivait que les chambres du premier fussent étroites ; si le plafond était bas, à l'entresol sur-tout, l'épidémie s'y manifestait d'une manière aussi grave que dans les loges des portiers.

La grandeur des rues, leur direction, la manière dont l'air y circulait, influait peu sur l'apparition de la maladie ; mais le défaut d'espace des chambres et la mauvaise construction avaient une influence qu'on ne pouvait récuser. Dans les rues les plus belles, on comptait des cholériques, mais on les y trouvait dans des cabinets étroits, où l'air se renouvelait avec peine. Tel était le cas d'un homme atteint du choléra dans la maison du bazar Montesquieu, celui d'un architecte de la même maison, qui couchait dans une très petite chambre, et celui d'un commis d'un magasin du n° 2 de la même rue, qui habitait un cabinet sous les mansardes, etc. Tout au contraire, lorsque les chambres étaient vastes, et qu'elles n'étaient pas encombrées, bien qu'elles se trouvassent dans les rues les plus resserrées, le

choléra ne s'y manifestait pas, ou ne s'y déclarait que sous la forme la moins grave.

2o Faits recueillis dans ma pratique particulière pendant le mois d'avril.

Sur cent cas où l'influence épidémique (et, certes, je ne dis pas avoir traité en ville cent choléra) se fit sentir, soit par des symptômes très légers, soit par des phénomènes plus graves (cholérine), soit par des accidents très sérieux (choléra), il y en eut trois de mortels.

L'un d'eux fut l'homme du bazar Montesquieu, qui couchait dans un réduit de moins d'une toise carrée, sans ouverture pour le renouvellement de l'air; le second fut un tailleur, habitant, ainsi que sa femme, dans une alcove dont les rideaux étaient soigneusement fermés pendant la nuit; le troisième était un ancien pharmacien, qui logeait place du Louvre, au quatrième, dans la plus belle exposition; mais la chambre était basse, étroite, et le lieu qu'occupait son lit était dans un enfoncement où l'air ne pouvait se renouveler qu'avec difficulté.

Dans cinq cas, il y eut des symptômes très graves, et les secours ne furent administrés qu'assez tard: vertiges, diarrhée excessive, vomissements, crampes, cyanose, faiblesse du pouls. Voici quelle était leur habitation: un portier de la rue Gaillon (soupente sans croisée sur la rue; un portier de la rue Croix-des-Petits-Champs (petite soupente avec un carreau sur une cour, mais ce carreau était tenu fermé); deux portiers de la rue du Dragon (petit cabinet sous les toits, disposé en mansarde, et avec renouvellement difficile de l'air); une femme très vieille, rue de Grenelle (mansarde au sixième, alcove renfoncée, rideaux, chambre étroite, fenêtres fermées, deux habitants.)

Huit autres individus eurent des symptômes un peu moins

graves, et les secours furent promptement administrés: Diarrhée, crampes, refroidissement, injection remarquable de la face, pouls encore développé. Ces personnes étaient logées de la manière suivante : le père et sa jeune fille, âgée de trois ans (entresol, chambre très étroite dans une grande et belle rue, dite Neuve-Saint-Augustin, près le passage Choiseul). La convalescence fut longue; la guérison complète ne survint que lorsque l'habitation eut lieu au premier.

Une dame, rue de l'Echiquier (chambre petite, les croisées fermées); un commis-marchand, rue Lenoir, près la halle aux draps (chambre excessivement petite et mal aérée); un autre commis, rue Montesquieu (logement du même genre); un porteur d'eau, rue Croix-des-Petits-Champs (cabinet très étroit, au septième, un seul carreau pouvant donner de l'air, mais il était tenu habituellement fermé); M. de K.... (chambre peu large, au premier, mal aérée, et habitée par trois personnes); M. R...., propriétaire de l'hôtel des Messageries, rue de Grenelle-Saint-Honoré (cabinet étroit, de sept pieds de hauteur, à l'entresol, et où couchent deux personnes).

Huit autres présentèrent des accidents moins graves : vertiges, vomissements, diarrhée légère, teinte rouge de la peau, pouls fort et développé, chaleur supérieure à celle de l'état normal. Leur logement était ainsi disposé : deux commis-marchands, rue du Dragon, à la Croix-Rouge (chambre étroite, mais ouverture prompte des croisées); une dame, rue Neuve-Saint-Augustin, près le boulevard (entresol, chambre petite, prompte ouverture des croisées); un chapelier, galerie Véro-Dodat (cabinet à l'entresol, très mal aéré, mais dès les premiers temps les croisées sont ouvertes, et les accidents se calment); un commis, hôtel du Loiret (cabinet sous les mansardes); trois per-

sonnes, rue Croix-des-Petits-Champs, n° 21 (petites chambres sous les toits, lits dans des encoignures).

Tous les autres eurent des accidents légers, leur existence ne fut pas un moment compromise, et les symptômes, en général, n'eurent pas de durée. Légères douleurs de ventre, face rouge, un peu de diarrhée, quelques sueurs dès le commencement de la maladie; les accidents cessèrent à la suite de l'emploi des moyens les plus simples et de la ventilation. Chez tous, les appartements étaient vastes; c'étaient des personnes appartenant à la classe moyenne; quelques-unes d'entre elles ont présenté des particularités dignes d'être notées. L'un d'entre eux venait de dîner en ville; il redoutait tellement l'influence de l'air, que pour l'éviter il ferma en marchant sa bouche et ses narines avec un mouchoir; sa respiration se faisait avec peine à travers l'étroit passage qu'il laissait à l'air. Arrivé sur la place des Victoires, il éprouve des vertiges, chancelle, tombe, vomit, a une diarrhée subite, rend involontairement les fèces, et sa face devient violette. La respiration se rétablit aussitôt que le mouchoir est ôté; le premier soin est de le placer dans un appartement dont l'air est renouvelé. Au bout de vingt-quatre heures, tous les accidents étaient dissipés. Un autre, qui couchait dans une chambre, s'enfonçait la tête sous les couvertures pour se prémunir contre le froid extérieur; il eut des accidents assez graves qui récidivèrent et ne cessèrent que lorsqu'il consentit à renoncer à la ridicule précaution qu'il avait prise. D'autres furent saisis de quelques symptômes à la Chambre des députés, dans des voitures dont les portières avaient été tenues long-temps closes, etc., etc.

Chez plusieurs personnes qui ne furent que légèrement atteintes, il y eut cependant une disposition marquée à la récidive, et bien que les malades n'eussent fait aucune im-

prudence, la diarrhée reparut un grand nombre de fois, quel que fût, d'ailleurs, le traitement employé. Chez la plupart d'entre elles, les accidents ne cessèrent qu'en faisant changer d'habitation.

Ainsi, dans ma pratique particulière, comme dans les bureaux de secours, tous les faits, sans exception, s'accordaient ; ils établissaient une correspondance, en quelque sorte mathématique, entre la gravité des symptômes cholériques, d'une part, et l'exiguité des logements, l'encombrement et le non renouvellement de l'air, de l'autre.

3° Faits recueillis à l'infirmerie de la Salpêtrière.

La population de l'infirmerie pendant le choléra se composait de deux cent cinquante personnes. Sur ce nombre, il y en avait cent cinquante qui couchaient dans de grandes et belles salles, présentant, au nord et au midi, des croisées élevées, et dont la dimension était considérable relativement au nombre des habitants. Ces salles pourraient servir de modèle pour tous les hôpitaux, sous le rapport de la salubrité; seulement, quelques vieilles femmes expirantes et présentant l'asphyxie des mourants, par suite d'anciennes pneumonies ou d'épanchements cérébraux, eurent, au moment de l'agonie, et seulement alors, de la diarrhée, du refroidissement et une teinte violacée de la face.

Le service des cancérées et des petites incurables se compose de cent lits à peu près, placés dans des salles dont les unes sont basses (Sainte-Marthe), dont les autres sont mal aérées ou encombrées (Saint-Henri, Saint-Paul, Saint-Vincent). C'est là que le choléra se manifesta sur cinq personnes : l'une d'elles fut frappée, le 4 avril, à Sainte-Marthe. Une forte saignée pratiquée au début fit cesser en quelques heures les vomissements, les coliques et les crampes dont cette femme était atteinte. Une autre tomba aussi le 4, à

Saint-Henri, dans une petite salle encombrée de lits; deux autres furent atteintes le 12, l'une à Saint-Paul, l'autre à Sainte-Marthe.

La ventilation, l'ouverture des croisées furent, à cette époque, le 12 avril, pratiquées avec exactitude pendant la nuit; dès lors, il n'y eut plus qu'une seule cholérique; ce fut une femme cancérée, qui tomba malade à Saint-Vincent. De tous les lits de cette salle, le sien était le plus mal placé, loin de la porte, loin des fenêtres, il occupait une encoignure; et quand bien même l'ouverture des croisées eût été continuelle, il est douteux que l'air eût été facilement renouvelé dans le réduit qu'elle occupait. Cette femme périt en vingt-quatre heures; une des malades de Sainte-Marthe ne succomba qu'après un mois de convalescence douteuse; les autres guérirent.

Ainsi, sur cent cinquante malades dans de bonnes conditions d'aération, point de choléra; sur cent malades occupant de petites salles basses ou encombrées, cinq cholériques; dans les douze premiers jours d'avril, avant la ventilation, quatre cholériques; et dans les dix-huit jours suivants, pendant lesquels le renouvellement de l'air est opéré pendant la nuit, une seule cholérique frappée à mort, dans une encoignure, où il est impossible d'exercer la ventilation.

4° Faits recueillis dans la division Saint-Léon de la Salpêtrière.

Ce service se compose de femmes âgées, dont la population est de cinq cent vingt-trois personnes.

Le choléra se déclara dans cette division, le 6 avril; le 8 et le 9, deux autres cas se présentèrent: ces trois individus étaient sortis de l'Hôtel-Dieu. Convalescentes qu'elles étaient de maladies autres que le choléra, elles avaient été envoyées à la Salpêtrière pour faire place à des cholériques. En tout,

pendant le mois d'avril, le nombre de celles que l'épidémie atteignit à Saint-Léon fut de trente-deux.

Du 6 au 11, il y eut six cholériques. Le 11, sept furent atteintes par la maladie.

Le 11, je me transportai dans le service Saint-Léon: malgré le vent froid du nord-est, qui soufflait avec violence, je fis ouvrir avec soin les fenêtres tout le jour et toutes les nuits, de deux heures en deux heures.

Je me suis assuré, dans les trois ou quatre jours qui survinrent immédiatement, que mes ordres avaient été ponctuellement exécutés.

Le 12 avril, il y eut encore deux cholériques; mais, tandis que sur les sept atteints le 11, il y avait eu cinq décès, les deux dont il s'agit n'eurent que des accidents fort légers, et guérirent.

Du 12 avril au 15, il n'y eut plus de cholériques.

Du 16 au 25, c'est-à-dire, en neuf jours de temps, dans une salle du premier étage, à trois rangs de lits, et qui avait seulement huit pieds et demi de hauteur, il n'y eut que cinq cholériques, dont trois très âgées périrent, et dont les deux autres plus jeunes guérirent.

Du 16 au 25, dans une salle sous les toits, où les fenêtres, disposées en mansardes, étaient très petites et très élevées, où, par conséquent, la ventilation était incomplète, il y eut sept cholériques; trois de celles-ci périrent, et ce furent encore les plus âgées; les quatre autres se rétablirent.

Du 15 au 17, à la salle Saint-Vincent, dont la disposition était la même que celle de la salle précédente, il y eut cinq cholériques, dont deux périrent. Ainsi, il y eut, du 6 avril au 12, et avant la ventilation, treize cholériques, sur lesquelles onze succombèrent.

Ainsi, le 12, où les influences hygiéniques des jours

précédents devaient encore se faire ressentir, il y eut deux cholériques, mais ce fut ce jour-là que le renouvellement de l'air fut opéré pendant la nuit, et ces deux malades guérirent.

Ainsi, dans les trois jours suivants, où les ordres furent ponctuellement exécutés, il n'y eut plus de nouvelles malades.

Ainsi, d'après les renseignements que j'obtins, lorsque l'on commença à exécuter moins exactement la prescription de l'ouverture nocturne des croisées, du 15 au 26, il y eut dix-sept cholériques, mais moins grièvement atteintes, car il n'en périt que huit, et la grande majorité d'entre elles habitaient des salles situées sous les toits, et où le renouvellement de l'air était très difficile.

5° Faits recueillis dans la division du n° 14 de la Salpêtrière.

Ce service se compose de femmes âgées, dont la population est de deux cent vingt-quatre.

Il y eut des cholériques au n° 14, dès le 4 avril; onze d'entre elles furent atteintes avant le 17; et sur ces onze, huit moururent.

Comme du 14 au 17 il était arrivé à l'infirmerie six cholériques venant de cette division, et qu'elles étaient si gravement atteintes qu'il en périt quatre d'entre elles, je m'y transportai le 17; j'appris que l'on n'avait point exécuté l'ouverture des croisées prescrite pendant la nuit du 11. Les ordres les plus sévères furent alors donnés de renouveler l'air de deux en deux heures; ce qui fut exécuté pendant plusieurs jours de suite.

Or, du 17 au 23, en six jours, il ne se présenta plus de cas nouveaux de choléra, et après cette époque, lorsque probablement les infirmières n'exécutèrent point aussi régulièrement l'ouverture des croisées, on ne vit que trois cho-

lériques, l'une le 23, l'autre le 26, et la troisième le 29; de plus, ces trois personnes furent légèrement atteintes, et guérirent.

Ainsi, sur onze cholériques, avant le 17, jour où la ventilation est pratiquée, il en meurt huit, et sur ces onze, il en est tombé six depuis la surveille. Le lendemain et dans les six jours suivants, le choléra ne reparaît plus, et trois cas, qui ont lieu plus tard, sont légers, et suivis du rétablissement de la santé.

6° Faits recueillis dans le service Saint-Charles de la Salpêtrière.

Ce service a une population de quatre cent treize vieilles femmes.

Les premiers exemples de choléra se présentèrent à Saint-Charles, l'un le 7, et l'autre le 8 avril, et on les observa dans une salle du rez-de-chaussée, belle et bien aérée; mais aussi, à peine y eut-il des symptômes, et ces deux malades guérirent.

Le 13 avril, deux autres femmes furent atteintes par l'épidémie, l'une était placée dans une petite salle de dix pieds de hauteur, sur vingt pieds de largeur et de profondeur; l'autre habitait une salle encombrée et basse. La première mourut promptement, la seconde eut des symptômes fort graves.

Le 15, une autre cholérique se présenta au troisième étage; le plafond n'avait ici que six pieds de hauteur. La mort eut lieu en trois jours.

Le 18, deux autres cas de choléra se déclarent dans une salle où le plafond n'a que neuf pieds de hauteur. Ces deux malades succombent, l'une en six jours et l'autre en dix.

Le 20, deux autres cholériques; la première, dans une petite pièce où se trouvent vingt et un lits, et où le plafond

a dix pieds, celle-ci guérit; l'autre, dans une salle de six pieds seulement de haut, la mort a lieu le lendemain.

Le 21, deux autres femmes sont atteintes par l'épidémie; l'une encore dans la salle de six pieds de hauteur, l'autre dans celle de neuf pieds d'élévation, mais où les croisées ne sont jamais ouvertes pendant la nuit. Celle-ci meurt.

C'est le 21, et lorsque dans les trois jours précédents il y a eu six cholériques, que M. Delavault et moi nous nous transportons à Saint-Charles; là, nous remarquons que dans toutes les salles où il y a eu des malades, l'odeur est infecte, et semblable à celle qu'on éprouve en entrant le matin dans une chambre où plusieurs personnes ont passé la nuit, et que cette odeur ne se rencontre pas dans les dortoirs bien aérés, où il n'y a pas eu de cholériques graves.

L'ordre est alors donné d'ouvrir régulièrement les croisées de trois en trois heures, et cet ordre est suivi pour la plus grande partie du service.

Or, il n'y eut plus dans les dortoirs où on exécuta la prescription, et jusqu'au 30 avril, que deux cholériques, l'une, qui tomba le 25, et fut à peine malade; l'autre, qui déjà avait eu un peu de diarrhée les jours précédents, qui périt autant de caducité que de choléra, car elle avait quatre-vingt-trois ans, et, de plus, elle était couchée dans le rang du milieu d'une salle encombrée, dont le plafond n'avait que six pieds de hauteur.

Mais il y avait une autre salle de neuf pieds d'élévation, au deuxième, à gauche, où l'infirmière, affectée de rhumatisme, n'ouvrit point les croisées pendant la nuit; hé bien! là, il y eut encore trois cholériques; toutes trois présentèrent des symptômes fort graves, et deux d'entre elles moururent presque subitement.

Ainsi, avant la ventilation exécutée régulièrement dans le

service Saint-Charles, la gravité des accidents répondit à l'encombrement et à l'exiguité des salles; après la ventilation, il n'y eut de choléra mortel que chez une femme caduque, qui était déjà malade avant, et l'épidémie continua à sévir avec la même gravité dans la seule pièce qui ne fut pas régulièrement ventilée pendant la nuit.

7° Faits recueillis dans l'hospice de la Salpêtrière considérés en général. (Dans ces relevés, ne sont pas comprises les aliénées et le plus grand nombre des épileptiques.)

Il est difficile d'apprécier d'une manière aussi exacte l'influence que la ventilation ou l'habitation ont exercée sur les autres salles de la maison, que je l'ai fait pour les services précédents. Toutefois, il y a encore ici quelques faits dont il est bon de tenir compte.

Ce fut le 12 avril que l'ordre fut donné, d'après mes avis, d'ouvrir de temps en temps les fenêtres des dortoirs pendant la nuit; cet ordre fut incomplétement exécuté; cependant, assez généralement, cette ouverture eut lieu toutes les quatre ou cinq heures.

Voyons quelle fut la marche de l'épidémie avant et après que cette précaution fut prise.

Une vieille femme tombe malade, le 3 avril, au bâtiment dans une salle sous les toits, basse et éclairée par des mansardes.

Quatre autres sont atteintes le 4 avril, l'une salle Ste.-Marthe (salle basse, service des cancérées); l'autre salle St.-Henri (chambre étroite et basse, mal aérée, encombrée); la troisième, St.-Ovide (salle sous les toits, mansarde); et la

seule qui tomba dans une salle bien aérée, à Sainte-Claire, est une femme de quatre-vingt-un ans.

Il y eut une cholérique, le 6 avril, à Saint-Léon, dans une salle de six pieds de hauteur, encombrée de cent vingt lits, et trois autres tombèrent malades le 7, l'une dans une salle sous les toits, disposée en mansarde, l'autre dans une salle de quatre-vingt-six lits, qui n'avait que six pieds de hauteur, et la troisième, à Saint-Charles, dans une grande et belle salle.

De toutes les malades précédentes, les seules qui guérirent furent cette femme de Saint-Charles, qui habitait un beau dortoir, et les deux malades de Sainte-Marthe et de Saint-Henri, auxquelles on donna des soins dès l'invasion de la maladie, et qui furent tout aussitôt exposées à la ventilation.

Ainsi, sur les neuf cholériques qui tombèrent malades jusqu'au 7 avril, il en mourut six, et ce furent précisément celles qui avaient couché dans des mansardes ou dans des salles encombrées; et la seule qui ait été atteinte dans une salle bien aérée, n'eut que des symptômes légers, et guérit.

Du 8 au 12 avril il y eut vingt-six cholériques, sur lesquels il en périt dix-sept (salles Saint-Léon, Sainte-Claire, bâtiment). Parmi ces dix-sept, douze habitaient des salles encombrées, ou dont la toiture était disposée en mansardes; le plus grand nombre d'entre elles étaient âgées de moins de soixante-dix ans, et quelques-unes étaient beaucoup plus jeunes. Onze de ces femmes périrent dans les trois jours qui suivirent l'invasion; la douzième, le sixième jour.

Deux autres étaient placées dans des salles dont le plafond était trop bas, et n'avait que huit à neuf pieds de hauteur. Il s'y trouvait aussi trop de lits pour la dimension des dortoirs (la Vierge, Sainte-Marthe); cependant la disposition

de ces salles était infiniment meilleure que celle des précédentes. Aussi ces deux malades furent-elles long-temps dans un état de convalescence douteuse. L'une d'elles, la fille Buron, ne périt qu'un mois après; l'autre succomba seulement lorsque onze jours se furent écoulés depuis l'apparition des premiers symptômes.

Les trois autres, qui périrent du 8 au 12 avril, couchaient dans des salles bien aérées; ces trois femmes étaient parvenues à un grand âge et à une extrême caducité (soixante-douze, soixante-dix-neuf et quatre-vingt-deux ans) : elles sont autant mortes de vieillesse que du choléra. L'une d'elles a survécu quatre jours à l'invasion de la maladie.

Sur les neuf qui guérirent, il y en eut deux qui habitaient dans des salles bien aérées, trois dans des mansardes, et quatre dans de petites salles.

Depuis le 12 avril, époque où la ventilation fut exactement pratiquée dans quelques parties du service, et très incomplètement dans d'autres, jusqu'au 30 du même mois, c'est-à-dire en dix-huit jours, il y eut quatre-vingt-quatre malades, dont quarante-cinq moururent.

En quatre jours, du 8 au 12, la progression d'accroissement de l'épidémie avait été bien grave, puisqu'il y avait eu vingt-six cholériques. Si les proportions ascendantes eussent continué à être les mêmes, la mortalité fut devenue, encore beaucoup plus grande. Or, voyons si, dans les jours qui suivirent la ventilation, il en fut ainsi.

Tandis que, le 11, il y avait eu dix cholériques, dont six moururent, il n'y en eut plus que quatre le 12, qui guérirent toutes; quatre le 13, dont trois succombèrent; cinq le 14, dont trois se rétablirent; quatre le 15, dont trois succombèrent.

Or, n'est-il pas remarquable que le jour même où la ven-

tilation a été faite, la progression ascensionnelle de l'épidémie ait été arrêtée dans toute la maison en général ; et que, la veille du jour où elle a été pratiquée, il y ait eu une mortalité de six sur dix ; tandis que le lendemain, sur les quatre qui sont atteintes, il y en a quatre qui guérissent.

N'y a-t-il pas lieu de penser que si, les jours suivants, la mortalité devint plus marquée, quoiqu'elle le fût toujours moins que les jours précédents, c'est que les ordres relatifs à l'ouverture nocturne des croisées, bien exécutés, le furent ensuite beaucoup moins exactement ?

Ainsi, dans la maison en général, comme dans les services en particulier, la gravité des symptômes cholériques correspondit à l'exiguité et à l'encombrement des dortoirs ; et l'influence heureuse de la ventilation sur l'état sanitaire, peut être difficilement révoquée en doute.

Le tableau suivant rapprochant les résultats obtenus dans les trois services, qui sont les seuls où l'on ait pu s'assurer que la ventilation ait été momentanément bien faite, donne des résultats remarquables.

Services.	Population.	Dans les trois jours qui précèdent la veille du jour où la ventilation a été faite.	Dans le jour qui précède immédiatement la ventilation.	Dans le jour qui suit immédiatement la ventilation.	Dans les trois jours suivans.	Observations.
		Cholériq.	Cholériq.	Cholériq.	Cholériq.	
SAINT LÉON. Ventilation pratiquée le 11 avril.	523	4 { 4 décès.	7 { 5 décès. 2 guérison	2 { 2 guérison	1 { 1 décès.	Ce dernier décès eut lieu chez une femme placée dans un lieu où il était impossible d'aérer.
N° 14. Ventilation pratiquée le 17 avril.	224	5 { 3 décès. 2 guérisons.	1 { 1 décès.			
ST. CHARLES. Ventilation pratiquée le 21 avril.	413	4 { 3 décès. 1 guéris.	2 { 1 décès. 1 guéris.	1 { 1 décès.	1 { 1 guérison	Ce dernier décès eut lieu chez une femme de 33 ans et dans un lit du rang du milieu. L'autre cholérique était à peine malade.
Totaux.	1160	13 { 10 décès. 3 guéris.	10 { 7 décès. 3 guéris.	3 { 2 guéris. 1 décès.	2 { 1 décès. 1 guéris.	

Dans les trois services qui sont les seuls où l'on ait pu s'assurer que la ventilation ait été momentanément bien faite, les résultats ont été remarquables.

Ainsi, dans les trois jours qui précédèrent celui où la ventilation fut pratiquée, treize cholériques, dont dix morts et trois guérisons.

Ainsi, le jour qui précéda immédiatement la ventilation, dix cholériques, sept décès, trois guérisons.

Ainsi, le jour qui la suivit immédiatement, trois cholériques, deux guérisons, et une seule femme, âgée de quatre-vingt-trois ans, qui succomba après avoir été frappée dans les rangs du milieu d'une salle assez basse et encombrée.

Ainsi, dans les trois jours suivants, deux cholériques, l'une à peine malade et promptement guérie; l'autre qui meurt, mais dont le lit est situé dans un espace qu'il est impossible de ventiler.

Dira-t-on que le hasard a fait que la ventilation ait eu lieu précisément le jour où le choléra devait cesser? Cela pourrait tout au plus être admis, si c'était à la fois que l'ouverture nocturne des croisées eût été prescrite; mais, loin de là, c'est à des jours différents que cette précaution a été prise dans des divisions diverses, et, dans les trois cas, le résultat a été le même.

La maladie avait commencé à la Salpêtrière, huit jours plus tard qu'à Paris. Dans la ville elle suivit, pendant un mois, une marche ascendante. Il y avait lieu de penser que, dans l'hospice, le summum de la mortalité serait aussi de huit jours en retard. Tout au contraire, l'épidémie s'arrête, même subitement, quelques jours après son apparition, et cela successivement dans trois parties du service, toujours le lendemain de l'ouverture nocturne des croisées.

Ou il faudrait que le hasard eût été étrangement favorable à la ventilation, ou il faut avouer que celle-ci a arrêté la marche de l'épidémie.

D'ailleurs le choléra, parvenu à Paris à son apogée, resta en quelque sorte stationnaire, et ne décrut que lentement. C'est du 8 au 14 avril qu'eut lieu le plus grand nombre des décès, et c'est en suivant une échelle décroissante, que l'on vit le chiffre de la mortalité diminuer.

Rien de semblable à la Salpêtrière. La cessation de la maladie fut subite, elle eut lieu immédiatement après l'ouverture des croisées; et tandis qu'ultérieurement la proportion décroissante de la maladie continuait à Paris, on vit à l'hospice, à mesure que les ordres pour la ventilation nocturne furent moins bien exécutés, un plus grand nombre de vieilles femmes atteintes par la maladie.

8° Comparaison entre les résultats précédents et ceux des autres services de l'hospice.

Les autres services de la Salpêtrière, à cause de la disposition où ils se trouvaient, et de la construction des bâtiments, ne pouvaient, avec autant d'avantage, être soumis à la ventilation. C'est sur-tout aux loges que celle-ci pouvait être difficilement exécutée. Des espaces de six pieds carrés, éclairés latéralement et en haut par une fenêtre très étroite, et où l'air se renouvelle si mal, qu'en y entrant le matin, bien que la croisée soit restée ouverte pendant la nuit, l'odeur est infecte : telle est l'habitation des aliénées qui augmentent encore, par leur malpropreté, l'insalubrité des lieux qu'elles occupent.

Si la mortalité, comme nous allons le voir, fut ici beaucoup plus grande, et si l'on peut raisonnablement l'attribuer au défaut d'aération, ce n'est pas qu'on pourrait faire le reproche à mes collègues de n'avoir pas prescrit la ventilation, mais c'est que la disposition des lieux rendait l'emploi de ce moyen ou insuffisant ou inexécutable.

On a dit que les aliénés étaient moins exposés au choléra que les autres individus : pour faire voir combien cette opinion est erronée, il nous suffit des résultats suivants :

Tableau comparatif de la mortalité dans les divers services de la Salpétrière pendant le mois d'avril 1832.

La population générale de la maison était { au premier avril de 4683. au trente avril de 4611.

Dates.	INDIGENTES. popul. { 1er avril. 3289. 30 avril. 3296.		FOLLES ET IMBÉCILLES population à peu près, 1200.		ÉPILEPTIQUES. Popul. { 1er avril. 296. 30 avril. 293.	
Avril.	Décès par suites de maladies variées.	Décès par suites du choléra.	Décès par suites de maladies variées.	Décès par suites du choléra.	Décès par suites de maladies variées.	Décès par suites du choléra.
1	«	«	»	»	1	»
2	3	«	»	»	»	»
3	4	«	»	»	»	»
4	2	«	»	»	»	»
5	2	2	»	1	»	»
6	1	1	1	»	»	»
7	2	2	2	»	»	»
8	1	1	»	1	»	»
9	5	4	3	»	»	»
10	1	2	»	2	»	»
11	1	4	1	»	»	»
12	ventilation	7	pas de v. 1	1	»	»
13	1	2	»	»	»	1
14	3	4	»	2	»	»
…	influ. probable de la					
15	ventil. 2	»	»	2	»	»
16	1	4	»	3	»	»
17	1	1	»	6	»	»
18	1	4	»	5	»	1
19	1	3	3	9	»	»
20	1	5	4	4	»	»
21	1	7	»	16	»	»
22	«	4	»	11	»	»
23	1	3	1	7	»	1
24	4	1	»	5	»	1
25	1	2	»	6	»	1
26	1	4	»	4	»	1
27	«	2	»	4	2	»
28	3	3	»	6	»	1
29	«	5	»	2	»	»
30	4	2	1	»	»	»
T. av. le 15 avril.	27	29	8	7	1	1
T. du 15 au 30 avril.	22	50	9	90	2	7
T. général.	49	79	17	97	3	8
Total de la mortalité d'avril 1831.	44		14			

Total des cholériques de la Salpêtrière jusqu'au 30 avril 1832 { sortis. 73 décédés. 177 restants. 80

La population des indigentes qui fournirent des cholériques transportées à l'infirmerie, était, au 1er avril, de 3,289 ; celle des folles et des imbécilles de 1,200 ; un peu plus du tiers.

L'épidémie fit sentir sa fâcheuse influence en même temps, car dans ces deux divisions il y eut également des décès par suite du choléra, dès le 5 avril.

C'est le 11 que la ventilation fut prescrite dans les dortoirs des indigentes. C'est du 11 au 12 qu'elle fut faite, et son influence présumée sur les décès (les cholériques meurent rarement le jour de l'invasion), n'a dû avoir lieu que quelques jours après, vers le 15.

Voyons quelles ont été les proportions de la mortalité à la population, dans les deux services jusqu'au 15 avril. Nous omettons à dessein les épileptiques, pour ne pas compliquer les résultats.

Or, la population des indigentes de 3,289 fournit, du 5 au 14 avril, 29 cholériques; la population des 1,200 folles ou imbécilles en présente 7, à peu près le quart; proportion avantageuse pour le dernier service, puisque la population dans celui-ci représentait plus du tiers de celle des indigentes. Des deux côtés l'épidémie suivit une marche ascensionnelle.

C'est à dater du 12 avril que, dans plusieurs parties du service des 3,289 indigentes, la ventilation fut le mieux faite, et nous avons vu précédemment l'amélioration marquée dont elle fut suivie, soit dans la maison considérée en général, soit dans les diverses divisions étudiées en particulier. Trois jours après le 11, et lorsque l'influence de la ventilation sur les décès dut se faire ressentir, la mortalité qui, le 12, avait été portée à son maximum de 7, dans un jour baissa d'abord à 0, puis elle s'élève le 20 à 5, le 21 à 7, pour rebaisser de nouveau jusqu'à la fin du mois; total, 50

cholériques ; le maximum des décès étant de 7 dans un jour.

Aux aliénées au contraire, et sur les 1,200 de population parmi lesquelles on ne peut ventiler, on voit, après le 14, d'un jour à l'autre, la progression suivante : 2, 3, 6, 5, 9, 4, 16, 11, 7, 5, 6, 4, 4, 6, 2, total, 90 cholériques, le maximum des décès dans un jour étant de 16, et ce maximum a lieu le 21, précisément le jour où a lieu le maximum 7 des décès des indigentes.

Ainsi, depuis le quinze jusqu'à la fin du mois, les indigentes, sur 3,289, à peu près ont eu 50 cholériques, un peu plus du soixante-cinquième de la population ; et les 1,200 aliénées en ont eu 90, à peu près un quatorzième. Le maximum de la mortalité dans un jour, chez les indigentes, a été comme 7 à 3,289, et chez les aliénées comme 16 à 1,200.

Si la progression ascendante eût continué aux indigentes dans la même proportion que celle qui a eu lieu aux aliénées, il serait arrivé que le summum de la mortalité aurait été aux indigentes d'à peu près 44, et au lieu de 50 cholériques qui sont morts dans les quinze derniers jours, il y en aurait eu à peu près 260; or, il n'y en a eu que 50 : partant, si l'on attribue à la ventilation la différence entre ces deux chiffres, cette ventilation aurait prévenu le décès de 210 cholériques.

Certes, il faut qu'une cause quelconque ait arrêté d'un côté l'épidémie qui avait commencé le même jour, qui le même jour fut des deux côtés portée au summum, et qui décrut de la même manière à la fin du mois. Quelle était cette cause, sinon la ventilation ? Les deux services étaient situés dans la même enceinte. Si le régime était un peu différent, si les aliments des aliénées étaient parfois très insalubres, si elles logeaient au rez-de-chaussée, si le traitement n'a pas été le même des deux côtés, toutes ces différences exis-

taient avant le 11, et la proportion était alors à l'avantage des aliénées; tandis qu'à dater du 11, il y a eu une proportion inverse. La seule chose qui ait changé dans l'un des services, c'est la ventilation nocturne pour les indigentes. Quand une seule circonstance différente existe, et quand des résultats très divers surviennent, il faut bien se décider à regarder cette circonstance comme la cause de la variation observée dans les résultats.

Ajoutons aux faits précédents, que toutes les observations que j'ai recueillies, depuis que l'épidémie a repris une période d'accroissement, confirment les résultats précédents; qu'à la clinique médicale de la Pitié, tous les individus qui s'y sont présentés avec quelques symptômes cholériques, habitaient des logements étroits ou encombrés; que dans les premiers jours de juillet, et avant qu'on eût prescrit l'ouverture nocturne des croisées, quatre femmes furent atteintes de dévoiement, de crampes, et l'une d'elles, plus âgée, de cyanose, perte du pouls et de mort; que le 20 juillet, il se manifesta un cas de choléra assez grave, dans la salle Saint-Joseph, mais que c'était dans un lit placé dans une encoignure. Le hasard fit qu'un moment avant j'avais dit aux éleves que, s'il y avait quelque nouveau cas de choléra, ce serait dans ce lieu qu'on l'observerait, et à peine interrogea-t-on le malade, convalescent la veille d'une fièvre intermittente, qu'on apprit qu'il avait été frappé par la maladie, qui du reste céda aux moyens les plus simples. L'infirmier avait prétendu qu'il était impossible d'ouvrir la croisée qui correspondait à ce lit, et cette croisée était restée toujours fermée.

Ainsi, tous les faits observés sous mes yeux, tous, sans exception, sont confirmatifs de cette opinion, que la stagnation de l'air, l'étroitesse du logement et l'encombrement, sont les causes occasionelles principales du choléra grave;

et que l'aération, pendant le jour et pendant la nuit, sont des préservatifs de la plus haute importance; qu'enfin ces moyens, exactement et généralement exécutés, pourraient probablement arrêter la marche de l'épidémie partout où elle se présente.

9° Faits recueillis dans l'histoire des autres épidémies de choléra.

C'est dans un rassemblement d'hommes, qu'en 1781 se manifesta une maladie qui avait avec le choléra épidémique les plus grands rapports. Sur mille artilleurs chez lesquels la maladie régna, et qui étaient campés, c'est-à-dire qui passaient la nuit encombrés dans des tentes, il en périt 700. En 1783, « un nombre fabuleux de pélerins étaient *entassés* vers la source du Gange; en huit jours la maladie fit périr 20,000 victimes. » Depuis l'apparition du choléra à Jessore, en 1817, on le vit sur-tout se montrer dans des corps d'armée, et il suffit de faire changer l'habitation des troupes, ou de les diviser par détachement pour arrêter ses ravages.

On vit souvent des familles d'Indiens qui, la veille bien portantes, s'étaient enfermées la nuit dans leurs cases, être mortes le lendemain. « Au Port-Louis, l'épidémie attaqua presque exclusivement les individus *mal logés*, mal vêtus, mal nourris. » Plusieurs habitants de l'Ile-de-France m'ont assuré que les Nègres, qui habitaient des cases très petites ou encombrées, furent presque seuls atteints; les colons, dont les appartements étaient plus spacieux, n'en furent pas frappés. « Presque partout dans l'Inde les cholériques, placés dans des salles largement aérées, n'ont point communiqué leurs maladies aux personnes auprès desquelles ils se trouvaient. » Le docteur Annesley, chargé du service médical de Madras, avait dans son hôpital un mouvement continuel et journalier de 170 à 200 malades. « La plus grande propreté régnait dans l'hôpital; la ventilation y était

facile et bien exécutée. Toutes les salles étaient ouvertes et communiquaient entre elles. On y amenait journellement un grand nombre d'individus atteints de choléra ; et quoique tous les malades fussent indifféremment dispersés dans l'hôpital, sans être nullement séquestrés les uns des autres, le docteur Annesley n'a pas perdu, pendant une période de cinq années, plus de *six ou sept cas* de choléra développés dans l'intérieur de la maison. L'invasion de la maladie a eu lieu plus généralement pendant la nuit et le matin. »

A Orenbourg les rues sont larges et bien aérées, mais c'est le 20 août qu'arrive une caravane ; elle est reçue dans la cour des étrangers, et tout porte à croire que dans le lieu quelle occupe il y a encombrement et local resserré. Jusque-là cette caravane n'avait pas été atteinte du choléra. Le 26, c'est parmi des soldats, par conséquent dans un grand rassemblement d'hommes, que le premier cas se déclare. Bientôt l'épidémie attaque la classe pauvre et partant celle dont les habitations sont les plus petites, et elle sévit avec intensité dans les casernes. Partout on remarque que la maladie a été moins grave dans la ville que dans les hôpitaux.

En Pologne, les Juifs, dont les baraques sont si étroites, sont, a-t-on dit, la matière première du choléra. M. Sanson jeune a vu cette maladie régner, chez les Polonais, presque exclusivement dans les lieux petits et encombrés. L'épidémie sévit avec violence en Hongrie, et les habitations des pauvres, toujours resserrées et insalubres, furent tellement frappées, de préférence aux châteaux, que des séditions graves en furent la suite. De là ces bruits absurdes, que les riches faisaient empoisonner le peuple, qui périssait en effet, quand la mort attaquait à peine ceux qui vivaient dans l'aisance, et avaient en conséquence des appartements plus vastes. Le même fait, à Saint-Pétersbourg, produisit

le même résultat, et partout les classes élevées, qui comptent aussi bon nombre de gourmands et d'ivrognes, furent presque épargnées par cette épidémie singulière.

A Varsovie, c'est quand la guerre entasse des masses d'hommes que le choléra étend ses ravages. A Berlin, Hambourg, villes où les appartements sont vastes, il y a peu de cholériques. Sunderland, dont les habitants sont logés dans d'étroites demeures, peintes avec énergie par M. Magendie, est frappée d'une manière terrible. Londres, mieux bâti que Paris et dont les rues sont plus larges, ne ressent pas autant l'influence pernicieuse du choléra; et le plus souvent c'est sur le bord des rivières, là où les maisons, d'abord bâties, sont plus anciennes, et où les appartements sont plus resserrés; c'est dans les chambrées d'ouvriers, dans les casernes, etc., que l'on voit la maladie sévir.

A ces faits confirmatifs de ceux qui précèdent, ajoutons l'observation d'une épidémie observée à Maupertuis (Seine-et-Marne), par l'un des élèves de mon service. Témoin de quelques-uns des résultats obtenus à la Salpêtrière, M. Jarin dirigea ses recherches dans le même sens que les miennes.

Sur cinquante-trois cas de choléra, à des degrés divers, il y eut cinq décès, et cela chez des individus dont les logements étaient ou très petits, ou très encombrés. Il y en eut deux où les malades se tenaient habituellement renfermés dans leurs rideaux et périrent : un huitième décès eut lieu chez la mère de ces derniers, qui vint habiter avec eux. Dans deux cas de mort, on ne mentionne point quelle fut la dimension de l'habitation, enfin et seulement chez deux individus qui succombèrent, les chambres étaient assez vastes, mais on ne parle pas du lieu occupé par les lits, et on ne dit pas s'il y avait ou non des rideaux, des alcoves, etc.

Sur les quarante et un cas où la mort n'eut pas lieu, quatre individus furent très malades, et les chambres étaient très petites, contenaient plusieurs habitants, dont les lits

étaient fermés avec des rideaux épais. Neuf personnes eurent des accidents médiocrement graves, et huit d'entre elles étaient logées très à l'étroit. On ne dit pas comment couchait la neuvième.

Dans les vingt-huit autres cas il n'y eut que des symptômes légers, et à l'exception de deux individus, dont les chambres étaient petites et basses, tous ces malades se trouvaient dans des conditions hygiéniques favorables.

Enfin, les animaux n'ayant pas plus que les hommes été soustraits à l'influence épidémique, les mêmes circonstances d'habitation ont été suivies d'effets du même genre. Rue des Fossés-Saint-Victor, trente poules passent les nuits dans un espace très étroit, qu'on a bien soin de fermer le soir, et qui a 6 pieds de long, 4 de large et 5 de hauteur, vingt-huit d'entre elles périssent après avoir présenté tous les symptômes cholériques. Une poule couveuse est placée momentanément dans un grenier, et échappe à la maladie. Une autre enfin est prise de quelques symptômes, on cesse de la renfermer dans le poulailler et elle échappe à la mort. Tout à côté, un nombre plus considérable de ces oiseaux habite un endroit plus vaste, qu'on ne ferme pas la nuit, aucun d'entre eux n'est frappé par l'épidémie.

Ainsi, soit que l'épidémie ait sévi à Paris, soit quelle ait atteint les villes ou villages qui avoisinent la capitale, soit quelle ait frappé les populations de l'Europe ou de l'Asie, soit que les animaux en aient ressenti les effets, partout l'influence pernicieuse d'une étroite habitation et du renouvellement de l'air sur la marche du choléra, a été évidente.

10° Des autres causes occasionelles qui favorisent ou déterminent le développement de la maladie.

Il est certain que l'ivresse, que les aliments stimulants ou indigestes pris avec excès, les purgatifs, etc., ont souvent déterminé le choléra. Je pourrais citer un bon nombre

d'exemples de ce genre, que M. le professeur Broussais a signalé, avec un rare talent, et sur lesquels a insisté avec raison M. le professeur Bouillaud. Reste à savoir dans quelle proportion ces causes occasionelles peuvent être accusées de l'invasion de la maladie.

Sur les cent faits que j'ai analysés, et qui m'ont été fournis par ma pratique particulière, il y en avait quatre-vingts où il était impossible d'assigner une cause qui eût agi directement sur les organes digestifs, et c'était parmi ceux qui se trouvaient les plus malades, que deux décès eurent lieu. La plupart de ces personnes menaient une vie très régulière; il n'y a guère que l'homme du Bazar Montesquieu qui se livrât à des excès de boisson, et l'on se rappelle comment cet homme était couché. La plupart des vieilles femmes de la Salpêtrière, atteintes même gravement par la maladie, n'avaient pas plus mangé la veille ou la surveille que les autres jours, et leur régime n'avait pas changé. Il est de fait que les ivrognes, plus que d'autres, sont frappés par le choléra; mais ces malheureux, par suite de leurs excès habituels, sont réduits à l'indigence et sont en général très mal logés. Les cochers de fiacres et de cabriolets de place, renommés par leur ivrognerie, mais exposés sans cesse à la ventilation, ont été à peine frappés par l'épidémie.

Certes, il ne faut pas méconnaître combien il est important, dans les épidémies de choléra, d'éviter les causes d'irritation du tube digestif. Plusieurs vieilles femmes de la Salpêtrière devinrent cholériques après avoir pris inconsidérément des purgatifs : une femme de la clinique de la Pitié périt du choléra, à la suite de l'administration de lavements purgatifs prescrits pour une congestion cérébrale. Deux hommes atteints de fièvre intermittente, et traités par le sulfate de quinine à hautes doses, eurent des symptômes cholériques très graves; et l'un d'eux succomba. Bien

que tous ces sujets eussent été soumis à l'influence de l'encombrement, on ne peut méconnaître que l'inflammation du tube intestinal s'est manifestée chez eux à la suite de l'emploi des stimulants.

Loin de nous donc de nier le grand rôle que joue l'irritation de la membrane muqueuse digestive dans le choléra; seulement, ce qui paraît devoir être admis, c'est que la stimulation des organes digestifs agissant exclusivement, ne cause que la *gastro-entérite; que sous l'influence épidémique inconnue*, celle-ci revêt la forme de la *cholérine*, et que si l'encombrement, la non aération, ou une respiration incomplète viennent se joindre à ces éléments premiers, le *choléra grave*, *typhoïde* ou *asphyxique* se dessine avec les symptômes les plus formidables.

Quant à la qualité des aliments, le choléra a sévi dans toutes les contrées, dans toutes les saisons, dans des lieux et dans des temps où la nourriture était très différente. Ce n'était donc pas plus la mauvaise qualité du riz, du pain ou du sel, que les fruits, le vin ou la bierre, etc., qui causaient le choléra typhoïde; mais partout le peuple est misérable, partout son indigence le fait vivre dans d'étroites et d'insalubres demeures, et partout les mêmes conditions hygiéniques déterminent les mêmes effets.

La peur favorise sans doute le développement de l'épidémie: des faits recueillis par les meilleurs observateurs, et notamment par M. le professeur Broussais, démontrent qu'il en est ainsi. Mais si les poltrons sur-tout avaient été frappés de choléra, la classe des riches aurait été décimée, et le peuple, dont l'insouciance est reconnue, aurait été préservé; nos vieilles femmes à intelligence usée auraient été ménagées; et la peur n'a pas fait périr les animaux dans d'étroites demeures, pas plus que l'espèce de nourriture dont ils ont usé n'a décidé leur mort.

Quant au refroidissement, on a pris souvent l'effet pour la cause : le choléra débute par des frissons, et est suivi d'un abaissement de température; donc, a-t-on dit, c'est le froid qui cause la maladie. Un seul fait, en réponse à cette opinion : les 3289 femmes de la Salpêtrière, parvenues la plupart à l'âge où, suivant les recherches de M. Edwards, on se défend si mal contre le froid, ont été exposées de trois en trois heures, pendant la nuit, à la ventilation. Il régnait alors un vent du nord très piquant. Eh bien, le lendemain et les jours suivants, loin que le nombre des cholériques augmentât, il a sensiblement décru, et on a même cessé d'en voir dans plusieurs parties du service; il est vrai qu'on avait eu soin d'éviter que le corps de ces femmes ne fût exposé à l'air pendant cette ventilation nocturne; mais cette précaution n'avait pas pu être assez bien prise, pour que beaucoup d'entre elles ne se refroidissent pas. On a pensé qu'une température plus élevée était une circonstance très propre à augmenter la marche du choléra; et en effet, pendant les jours les plus chauds de juillet, on a vu une augmentation très marquée dans le nombre des cholériques.

Pourquoi le froid rigoureux et la chaleur extrême favoriseraient-ils également le développement de la maladie? Serait-ce que dans ces températures opposées on se renferme davantage dans les appartements, soit en y élevant la température pour éviter le froid, soit pour empêcher l'air extérieur plus chaud de pénétrer dans des appartements où il règne plus de fraîcheur. Ce sont les personnes aisées qui en été prennent cette dernière précaution, tandis que le peuple se tient sur-tout renfermé en hiver dans des chambres étroites, où la chaleur est quelquefois excessive; or, les gens riches, à Londres et à Paris, ont été plus frappés par le choléra au mois de juillet que pendant la saison froide.

La malpropreté, les matières putrides, dans les émanations desquelles on se trouve placé, doivent sur-tout être considérées comme des causes *adjuvantes* puissantes du choléra grave. Les expériences de MM. Magendie et Gaspard sur l'influence des miasmes putrides, relativement à la production des fièvres de mauvais caractère, sont d'une haute importance dans cette question. On se rappelle, en effet, que des animaux, soumis pendant un certain temps aux émanations qui s'élevaient de substances végétales en putréfaction, présentèrent de la diarrhée, des accidents typhoïdes, des inflammations et des ulcérations intestinales. Avouons cependant que la très grande majorité des cholériques n'était pas soumise à l'action d'autres miasmes putrides que ceux qui se produisent par l'habitation continue d'un ou de plusieurs hommes dans un espace étroit, où l'air se renouvelle mal.

Il est d'observation que toute maladie grave, développée pendant le summum de l'épidémie, prenait les formes de celle-ci. Ainsi, presque toutes les affections morbides un peu sérieuses, pouvaient, à la rigueur, être considérées comme des causes de choléra. Trois fois, à la Pitié, nous avons vu survenir celui-ci pendant le cours de fièvres intermittentes. C'était sur-tout lorsque la respiration s'embarrassait, lorsque l'asphyxie par l'écume bronchique avait lieu, que cette fâcheuse complication a été observée.

Dans un cas, elle est venue se joindre à une demi-asphyxie produite par le charbon, on l'a fréquemment, vue à la suite d'irritations anciennes du tube digestif, ou de lésions variées du cerveau. Ces faits sont étrangers à ce Mémoire, dans lequel il ne s'agit que du choléra spontané.

Quant à la question de la contagion, je n'ai pas ici l'intention de l'aborder; assez d'autres que moi l'ont fait ou le feront. Je dirai seulement que dans ce que j'ai vu, rien ne peut faire croire à ce mode de propagation du choléra.

Il résulte de tout ceci que si d'autres causes, et notamment celles qui agissent sur le tube digestif, favorisent le développement de la maladie, elles ne sont en général ni aussi graves, ni aussi constantes que l'encombrement ou l'habitation continue dans un lieu étroit où l'air est en stagnation.

11° Objections aux considérations qui font le sujet de ce Mémoire.

1° Ce n'est pas, a-t-on dit, dans les rues les plus étroites ou les plus mal aérées, dans les quartiers les plus insalubres, et dans les villes les plus mal exposées et les moins bien bâties, que l'on voit sur-tout le choléra sévir avec le plus d'énergie; ainsi la rue de Sèvres, le faubourg Saint-Germain et Chaillot, ont eu plus de cholériques que certaines rues du faubourg Saint-Martin et des environs de la Halle aux blés.

Pour répondre à cette objection, je vais transcrire littéralement une note qui m'a été remise par M. Dubois d'Amiens, relative à l'épidémie observée par ce médecin dans les environs de Senlis, et à des faits recueillis dans le faubourg Saint-Germain. Ces remarques ont d'autant plus de valeur, dans la question dont il s'agit, que M. le docteur Dubois, n'ayant aucune opinion préconçue, n'a été porté à raisonner ainsi que d'après les faits nombreux dont il a été témoin.

« Quatre communes ont été plus spécialement observées par M. Dubois, Saint-Léonard, Avrilly, Saint-Firmin et Vineuil. Or, l'épidémie considérée dans son influence la plus large, c'est-à-dire en tant qu'elle attaque des zônes, des régions, des contrées, etc., n'a point paru suivre un ordre de fréquence et d'intensité en rapport avec l'insalubrité des lieux. Ainsi c'est à Saint-Léonard, placé entièrement sur une hauteur, que le choléra a sévi avec le plus d'atrocité. Avrilly et Saint-

Firmin, quoique moins bien situés, quoique bâtis sur les bords de la Nonmette, ont été beaucoup moins maltraités; et enfin, ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que le village de Vineuil, composé en partie d'habitations creusées sous le sol, dans des carrières, a encore moins souffert. Voilà pour l'influence épidémique dans son acception la plus large; mais là, comme par-tout, une fois le choléra dans une localité, *toujours les maisons les plus mal situées, les chambres les plus petites et les plus obscures, étaient encombrées de malades; par-tout enfin s'est vérifiée cette proposition, que la cause adjuvante du choléra la plus positive, consiste dans le non renouvellement de l'air, dans le défaut de ventilation.*

» Revenant à Paris, si l'on nous demande pourquoi le choléra a plutôt attaqué les belles rues du faubourg Saint-Germain que les quartiers étroits de la Pointe Saint-Eustache? Nous répondrons que nous l'ignorons, mais qu'il n'en est pas moins constaté que dans les mêmes rues du faubourg Saint-Germain, ce sont d'abord les portiers qui ont été le plus spécialement atteints, puis les boutiquiers logés dans des entre-sols ou dans des arrières-boutiques, puis des valets relégués dans des chambres étroites et privées d'air.

» Il résulte de tout cela, que si la marche de l'épidémie ne paraît recevoir aucune modification constante de la situation et du degré d'aération des contrées, des villes, des quartiers, et enfin des villages, cette marche est réellement modifiée par le degré d'aération des localités particulières, dans les villes et les villages.»

2° Mais, a-t-on ajouté, des maisons très bien exposées, des habitations de paysans, isolées et situées au milieu des champs, ont été frappées par l'épidémie.

La réponse à ceci est facile : Ce n'est pas la rue que j'habite dont l'aération est la plus utile ; toujours en communication avec le reste de l'atmosphère, l'air qui s'y trouve pourra assez mal s'y renouveler, mais enfin il sera remplacé par d'autre. C'est la rénovation de la masse de gaz respirable et pur située dans mon appartement que je désire. Quand le vent impétueux du nord viendrait à chaque instant frapper ma croisée, s'il arrive qu'elle soit fermée, l'air de ma chambre, fût-elle située au sommet d'une montagne, restera le même, et je me trouverai, à la longue, dans les mêmes circonstances que ceux qui habitent les maisons les plus mal situées.

Aussi les cabanes étroites des habitants des campagnes, percées latéralement d'une petite fenêtre latérale, et parallèlement à l'ouverture de la porte ; ces maisons isolées de Chaillot, où se trouvent tant de petits logements ; ces alcoves resserrées des villes voisines de Paris, où l'air ne circule pas, ont-elles présenté d'innombrables victimes du choléra.

3° On a dit encore : Des personnes bien logées, des hommes appartenant aux plus hautes classes de la société, ont été atteints du choléra.

Pour que cette objection eût quelque valeur, il faudrait d'abord déterminer le nombre des individus qui, se trouvant dans les circonstances dont on parle, ont été atteints du choléra ; puis, le comparer au chiffre des personnes atteintes de l'épidémie dans des lieux étroits ou encombrés : or, c'est ce qu'on n'a pas fait. On serait arrivé, comme moi, à ce résultat, que le nombre des premiers par rapport aux seconds, est très peu considérable.

Il faudrait encore avoir comparé les tableaux de la mortalité ordinaire parmi les classes aisées, avec ceux des décès de ces mêmes classes pendant l'épidémie, et rechercher si beaucoup de gens bien logés n'ont pas eu le choléra, consé-

cutivement à une autre affection par elle-même mortelle. Peut-être trouverait-on, en dernière analyse, que le chiffre des morts, parmi les personnes bien logées, n'a pas dépassé de beaucoup la proportion des décès de chaque année.

Il faudrait savoir encore de quelle espèce, de quel degré de choléra l'on veut parler : si c'est de la gastro-entérite avec les formes de la cholérine, qui peut se manifester chez tous les hommes, indépendamment, peut-être, de l'habitation et de l'encombrement, et sur-tout sous l'influence des stimulants de la membrane muqueuse gastro-intestinale ; ou s'il s'agit du choléra typhoïde ou algide, qui est si puissamment influencé par des circonstances de localité.

Il faudrait, avant de s'élever à des objections générales, avoir analysé avec soin l'histoire de chaque cas particulier, qui pourrait infirmer une multitude de faits positifs ; savoir, par exemple, s'il ne s'agissait pas de quelque député, d'un savant, d'un académicien, ou de toute autre personne qui aurait passé plusieurs heures dans les Académies, au collége de France, dans les amphithéâtres, dans les salles de spectacle, et si ces hommes n'avaient pas été plongés dans un air altéré par la respiration, et non renouvelé depuis un certain temps ; s'il n'y a pas eu de voyages faits en voiture soigneusement close, afin d'éviter le froid des nuits ou la chaleur des jours ; si l'on n'a pas couché dans une alcôve, ou si l'on ne s'est pas renfermé dans des rideaux ; si le reste de l'appartement était vaste, si le lieu de l'habitation nocturne n'était pas très petit ; si les appartements les plus spacieux n'ont point, enfin, été encombrés par beaucoup d'hommes, soit pendant la durée d'une cholérine légère (et c'est ce qui est arrivé aux personnages les plus élevés dans la société et dans les sciences), soit pendant des soirées d'hiver, à la suite desquelles les maîtres de la maison ont négligé de faire renouveler l'air avant de se coucher. Tel était le cas d'un

homme riche qu'on m'a cité, et qui fut atteint d'un choléra mortel, en vingt-quatre heures, après avoir reçu la veille quarante personnes dans un grand salon.

Il faudrait encore avoir déterminé si les précautions prises pour éviter la maladie, n'ont pas quelquefois contribué à lui donner sa forme grave; ainsi, l'un a fermé son appartement pour éviter les courants d'air; l'autre, comme un député, et comme beaucoup de malades des hôpitaux, mettaient les couvertures du lit par-dessus leur tête, et respiraient ainsi de nouveau l'air altéré déja par leurs poumons et par les perspirations pulmonaire et cutanée. Celui-ci mettait son mouchoir devant sa bouche, et faisait une sorte de grillage à la Darcet, pour se prémunir contre le poison qu'il croyait répandu dans l'atmosphère, et celui-là infectait de l'odeur du camphre le lieu qu'il habitait, et fermait soigneusement son logis pour éviter la déperdition de cette précieuse émanation. Pauvres esprits que nous sommes, qui cherchons des moyens préservatifs dans de prétendus remèdes qui aggravent le mal!

Peu importe en définitif la grandeur de l'appartement que j'habite, c'est le non renouvellement de l'air qui s'y trouve que je redoute, et c'est ce non renouvellement qui a joué le plus grand rôle dans les graves symptômes que la maladie a présentés.

4o On cite quelques cas où le choléra s'est déclaré au milieu du jour, et lorsque les individus qui en furent atteints étaient exposés au grand air.

Voici quelques faits en réponse à cette objection:

Presque toujours, à la Salpêtrière, l'invasion a eu lieu entre minuit et huit heures du matin. Presque constamment, au moment de l'invasion, il s'était écoulé de trois à huit heures depuis la fermeture des croisées. Il y eut, dans le service Saint-Charles, une salle où la veilleuse ouvrait la

nuit; le jour cette ouverture ne fut pas faite, parce que les vieilles femmes, dans la crainte du froid, s'y opposaient et fermaient les fenêtres derrière l'infirmière. Eh bien! là il y eut trois cas de choléra grave, *et ce fut le soir* que l'invasion eut lieu.

D'un autre côté, qu'entend-on par l'époque de l'invasion du choléra? est-ce celle où la diarrhée commence? mais ce commencement a presque toujours lieu dans la nuit; est-ce le moment où ont lieu les premiers accidents graves? mais voici ce qui arrive souvent:

Un malade a eu du dévoiement pendant la nuit, ou le matin; il se lève un peu affaibli, mais sans beaucoup souffrir; la sérosité du sang se dépose de plus en plus dans l'intestin, qui devient mat à la percussion; les selles peuvent même ne pas avoir eu lieu, que le malade peut avoir déjà beaucoup de fluide épanché hors des vaisseaux; il sort, mange; les accidents augmentent; la syncope survient; une énorme quantité des matières accumulées depuis long-temps dans l'intestin est rendue, et la cyanose, l'absence du pouls, surviennent. Est-ce au milieu du jour que l'invasion a eu lieu?

De plus, il faudrait encore, avant de faire l'objection précédente, analyser les cas particuliers où l'invasion aurait eu lieu pendant le jour, et savoir si les sujets de ces observations n'auraient pas été soumis, pendant le jour, à l'influence d'un air altéré par la respiration d'un grand nombre d'individus.

D'ailleurs, jamais des cas exceptionnels n'infirment une règle générale, et jamais des faits négatifs partiels ne peuvent détruire la valeur de faits innombrables recueillis avec conscience et sans opinion préconçue.

Conclusions générales.

Il résulte des considérations qui font le sujet de ce Mémoire :

1° Que d'abord la cause première du choléra, et qui fait qu'aujourd'hui se manifeste cette maladie là où d'ordinaire se déclare le typhus, est, pour nous, inconnue; et que, tout en l'admettant, nous n'avons pas l'intention d'en parler, parce que nous ne pourrions faire sur elle que des hypothèses.

2° Que les faits observés à Paris, aux bureaux de secours, dans les divers quartiers de la ville; que ceux recueillis à la Salpêtrière, soit dans le service des indigentes en général, soit dans les divisions de ce service considérées en particulier, soit dans les autres parties de l'hospice comparées à la section des indigentes; que les renseignements recueillis dans d'autres épidémies, et par d'autres observateurs, établissent que la cause occasionelle la plus ordinaire et la plus pernicieuse du choléra grave, est la stagnation de l'air dans des habitations étroites et encombrées.

3° Que, dans plusieurs divisions de la Salpêtrière, la ventilation, bien faite, a arrêté la marche de l'épidémie, ou en a de beaucoup diminué la gravité.

4° Qu'il en serait probablement ainsi dans tous les lieux où sévit le choléra, car presque partout on le voit se manifester dans les mêmes circonstances.

5° Que l'ouverture des croisées sans courant d'air, serait souvent insuffisante pour bien opérer la ventilation, et qu'il faut, autant que possible, ouvrir les chambres en deux sens opposés.

6° Que la ventilation, opérée dans le jour, est une bonne chose; mais que si, dans de petits espaces, on ne la fait pas la nuit, on manque le but principal qu'on

se propose. Il y a neuf ou dix heures de repos pour la plupart des familles : si l'on passait tout ce temps dans la journée, sans ouvrir les croisées, l'odorat, la respiration et peut-être la santé en souffriraient. Croirait-on qu'il soit indifférent de passer ainsi toute une nuit? l'odeur de tout appartement où l'on a couché, n'est-elle pas infecte le matin pour toute personne qui y entre?

7° Qu'on ne peut pas dire qu'une chambre ou un appartement sont bien aérés parce qu'ils sont situés sur une hauteur ou dans une grande et belle rue; mais bien parce qu'ils sont spacieux et accessibles à des courants d'air.

8° Que la réunion de plusieurs hommes dans le même lieu, exige la ventilation bien faite, et que dans un temps d'épidémie de choléra les rassemblements deviennent dangereux lorsque l'air ne se renouvelle pas dans des espaces resserrés.

9° Que l'habitation continuelle d'un homme seul dans une petite chambre ou dans une grande pièce dont l'air est en stagnation, exerce, sur cet individu isolé, une influence aussi fâcheuse que pourrait le faire un encombrement d'hommes pendant moins de temps.

10° Que c'est faire courir les plus grands risques à un cholérique que de se réunir en grand nombre auprès de son lit sans ventiler son appartement; que les soins qu'on donne dans ce cas ne vaudraient peut-être pas l'avantage qu'il y aurait pour lui d'être plus isolé.

11° Que ce n'est pas l'air altéré par un cholérique qui occasione chez d'autres le développement de la maladie, mais que c'est l'encombrement des hommes ou la stagnation de l'air dans un lieu habité qui en favorise le plus l'invasion, accompagnée, alors, de symptômes graves.

12° Ce ne serait donc ni de la contagion, ni de l'infection proprement dite, qu'il s'agirait; mais, dans un temps d'épidémie cholérique, toute grande réunion

d'hommes, dans les lieux où l'air stagnerait, pourrait provoquer l'apparition du choléra typhoïde.

13° Que des hommes sains, réunis, seraient peut-être plus dangereux les uns pour les autres que des cholériques rassemblés, parce qu'ils respirent plus que ceux-ci, et que leurs poumons exhalent en plus grande proportion une vapeur animale susceptible de s'altérer.

14° Que la plupart des causes occasionelles assignées au choléra, bien que réelles pour le plus grand nombre, sont cependant, relativement à leur importance, secondaires à la stagnation de l'air et à l'encombrement.

15° Que de tous les moyens de préservation, l'habitation dans de grands espaces ou dans des appartements quelques petits qu'ils soient, mais dont on ouvrirait les croisées de temps en temps pendant la nuit, serait peut-être le meilleur.

16° Qu'il serait convenable d'insister dans les instructions populaires, sur l'importance du renouvellement de l'air.

17° Qu'il serait urgent que l'autorité conseillât partout où sévit l'épidémie, d'habiter, s'il est possible, dans de grands espaces, de coucher isolément dans des chambres ; et s'il est impossible de le faire, de renouveler fréquemment l'air des lieux que l'on habite; que la nuit sur-tout il est utile qu'il en soit ainsi, puisqu'il s'écoule huit ou dix heures alors, pendant lesquelles on reste plongé dans le même air. Que l'ouverture nocturne des croisées plus ou moins réitérée suivant les dimensions de l'appartement, suffit ordinairement pour la ventilation; que ce ne sont pas seulement les portes de communication entre plusieurs chambres d'un appartement, qu'il s'agit d'ouvrir, mais des croisées qui permettent l'introduction de l'air extérieur.

18° Qu'enfin, relativement à l'aération et l'habita-

tion, ce n'est point à des conseils généraux et à des allégations vagues, que les médecins doivent se borner dans leurs rapports avec l'autorité, puisqu'il faut publier sur ce sujet, les instructions les plus précises et les plus détaillées.

IMPRIMERIE D'HIPPOLYTE TILLIARD, RUE DE LA HARPE, N. 88.

MÉMOIRE

SUR L'OPHTHALMIE PALPÉBRALE

OBSERVÉE A LA CLINIQUE DE LA PITIÉ AU MOIS D'AOUT 1832.

IMPRIMERIE DE BÉTHUNE,
RUE PALATINE, N° 5.

MÉMOIRE

SUR L'OPHTHALMIE PALPÉBRALE

OBSERVÉE A LA CLINIQUE DE LA PITIÉ AU MOIS D'AOUT 1832.

Les volumineux écrits qui ont été publiés, surtout à l'étranger, au sujet de l'ophthalmie, sont loin d'avoir épuisé ce sujet, et d'avoir abordé tous les points intéressans de l'histoire de cette affection. Multipliant les espèces, répétant pour chacune des variétés ce qui a été dit pour l'une d'elles, la plupart de ces compilations renferment souvent des assertions et des formules, plutôt que des règles fixes de thérapeutique, et, pour le praticien, quelques pages du traité *des maladies chirurgicales* laissent sur ce sujet plus de traces dans l'esprit que le volumineux article de Samuel Cooper sur l'ophthalmie.

Reil est sans doute l'un de ceux qui ait le mieux étudié l'ophthalmie dite glanduleuse. Il a décrit avec soin les granulations et les végétations des paupières, qui, au rapport de Vetch, avaient été désignées par Rhasès sous le nom de sycosis ou de *trachoma*. Il remarque que cette ophthalmie peut être la source du corysa et de maladies des voies lacrymales; il note l'ectropion comme une de ses conséquences, et cherche à tracer, dans un parallèle bien fait, les différences qui séparent les ophthalmies membraneuses, des ophthalmies glanduleuses.

Bruant et Savarèsi, dont les travaux font partie des précieux documens que renferme l'histoire médicale del'armée d'Orient deM. Desgenettes, décrivirent avec soin les symptômes de l'ophthalmie d'Egypte, qui appartient évidemment à ce que les Allemands appellent ophthalmie catarrhale ou glanduleuse,

et qui avait déjà été étudiée par Prosper Alpin. Mais c'est surtout lorsqu'après les expéditions anglaise et française en Egypte, une ophthalmie grave et puriforme se manifesta, que les travaux se succédèrent, et qu'on s'occupa avec le plus grand soin des causes, des symptômes, du caractère, du traitement et des divisions de l'ophthalmie. Mongiardini, Edmonstone, Scarpa, Beer, Wetch, Travers, Guillié, Weller, Samuel Cooper, Mackenzie, etc., publièrent des travaux sur ce sujet, et la question de la contagion surtout éleva une polémique active. Nous reviendrons sur les questions traitées par ces auteurs a l'occasion des faits que nous ont présentés les orphelins de la maison de Refuge.

La maison dont il s'agit, élevée par les soins éclairés de M. de Belleyme, reçut deux cent cinquante orphelins dont les parens avaient été victimes du cholera. L'administration avait pris beaucoup de mesures de salubrité; les murs avaient été récemment blanchis, la propreté régnait dans la maison ; toutefois il y avait des circonstances défavorables qu'on n'avait pas pu éviter. Des tanneries étaient situées au voisinage; les exhalaisons de fosses d'aisance s'y faisaient sentir; les enfans étaient en grand nombre dans leurs dortoirs; ils jouaient souvent dans une cour, et se jetaient fréquemment du sable dans les yeux les uns des autres ; de plus, la différence entre les soins que leur donnaient des étrangers et ceux que leur prodiguaient leurs parens, devait les affliger et les faire souvent pleurer; et enfin des insectes nombreux et des éruptions teigneuses faisaient du cuir chevelu un centre de fluxion. C'est sous l'empire de ces circonstances, et lorsque plusieurs de ces enfans avaient été mouillés par une averse, que tous, à l'exception d'un seul, furent successivement atteints par une ophthalmie dont le siége était surtout la conjonctive palpébrale, dont la tuméfaction inflammatoire de la paupière supérieure et un écoulement puriforme abondant, étaient les caractères principaux.

De ces causes, quelles sont celles qui ont agi? Ici se reproduisent toutes les variantes des auteurs sur les causes des ophthalmies catarrhales :

Les uns veulent que ce soit du sable fin que les enfans se soient jeté dans les yeux, et rappellent ainsi la théorie de Prosper Alpin sur la cause de l'ophthalmie d'Egypte, ou les expériences de Savarési, qui, ayant introduit de l'argile en poudre entre les paupières de quelques chiens, vit se manifester l'ophthalmie, tandis qu'elle n'eut pas lieu lorsque ce fut du nitre qu'il introduisit. Mais il s'en faut de beaucoup que tous les enfans aient été soumis à cette cause dont l'effet ne peut être que momentané, et d'ailleurs quelques individus furent atteints ultérieurement dans des lieux où il n'y avait pas de sable auquel la maladie pût être attribuée.

D'autres en ont accusé les murs teints en blanc, et on a cité un fait de ce genre dans lequel l'ophthalmie se manifestait chez des enfans toutes les fois qu'on renouvelait cette couche blanche. Mais ce n'était pas l'organe même de la vision qui devenait malade, mais bien la conjonctive, et l'on ne voit pas comment la vue d'un corps blanc pourrait déterminer cette forme d'ophthalmie ; si les Lapons dans leurs neiges, si les Egyptiens au milieu de leurs sables brillans, sont atteints de 'ophthalmie, il y a pour eux bien d'autres causes de cette maladie, et les huttes enfumées des uns, le défaut de soins hygiéniques pour les autres, doivent aussi être comptées pour quelque chose. Ce qu'il y a de certain, c'est que le contact de la lumière n'a pas été plus défavorable pour les enfans que nous avons eus à soigner, que l'obscurité à la quelle ils ont été soumis.

Quelques personnes ont cru que l'odeur des fosses d'aisance aurait pu occasionner chez nos enfans quelque chose d'analogue à la mitte des vidangeurs ; mais cette affection est loin d'être la même que celle qu'ont éprouvée les orphelins de la maison de refuge.

Quant aux pleurs fréquents, ils étaient bien propres à favoriser le développement de la maladie, et à en aggraver les symptômes, mais non à les produire.

Il m'a semblé un moment que la démangeaison que les insectes produisaient dans le cuir chevelu, avait pu détermi-

ner l'irritation de celui-ci; que la sécrétion de fluides irritans avait pu en être la conséquence, et que ceux-ci, portés ensuite sur la conjonctive par les doigts des enfans, avaient pu occasionner l'ophthalmie; mais cette supposition est loin de satisfaire l'esprit, et il faut rapporter à une loi plus générale le développement de cette épidémie.

L'ophthalmie épidémique paraît ne pas s'écarter de cette loi générale: que l'entassement des hommes dans des lieux étroits, ou dont l'air ne se renouvelle pas, imprime aux inflammations un caractère spécial et typhoïde. Sans revenir sur les idées que nous avons émises sur ce sujet, ne parlons ici que de l'ophthalmie. C'est surtout dans les grands rassemblemens d'hommes qu'on la vit régner sous forme épidémique. C'est ce qui arriva en Egypte dans les divisions où l'observèrent Bruant et Savarési; Vetch, sur un bataillon de 700 hommes, vit 633 cas de cette affection; c'est dans le 6e régiment de ligne italien que Scarpa l'observa; Mongiardini attribue son apparition en Italie à l'arrivée d'un bâtiment qui portait des prisonniers français. Lorsque plusieurs hommes vivent ensemble dans un air malsain, dit Beer, on voit l'ophthalmie suppurative aiguë de la conjonctive survenir même chez ceux qui sont doués de la plus forte constitution. Samuel Cooper partage cette opinion, et M. Guillié fait mention de deux équipages venant de la côte d'Afrique, dans lesquels les nègres qui occupèrent la cale, puis les marins eux-mêmes furent atteints par l'ophthalmie épidémique. Au moment du départ, aucun des individus qui s'embarquèrent n'avait été malade. On sait que c'est dans les grands établissemens consacrés aux enfans, que se voit surtout l'affection dont il s'agit, affection que MM. Guersent et Moreau ont souvent observée dans leur service.

Ainsi la circonstance qui fait que le millet revêt une forme typhoïde, que la bronchite et l'amygdalite prennent les caractères du crowp épidémique ou de l'angine couënneuse, que l'entérite se complique d'accidens typhoïdes, que le cholera se présente avec le plus haut caractère de gravité; cette circonstance qui détermine le typhus, l'encombrement

enfin ou l'habitation dans un local resserré dont l'air n'est pas renouvelé, sont aussi les conditions capitales sous l'empire desquelles se développe l'ophthalmie catarrhale épidémique. C'est ce que l'administration a senti tout d'abord en divisant les enfans dans plusieurs services, et c'est à cette utile précaution qu'on doit la conservation de la vue d'un très grand nombre de ces enfans.

Des faits nombreux ont prouvé que l'ophthalmie catarrhale étant une fois développée sous l'influence épidémique, le mucus puriforme appliqué sur l'œil d'un autre individu, peut déterminer l'ophthalmie. Ceci n'est point un objet de discussion pour celle qui suit la gonorrhée. Chaussier vit un cas où le pus d'un des yeux, porté dans ceux d'une autre personne, y occasionna la même maladie. Astruc et Martens avaient déjà observé des faits du même genre.

Il est vrai que MM. Roux, Graëfe, et Samuel Cooper lui-même, n'ont pas vu en France l'ophthalmie se communiquer de soldats à d'autres soldats. Edmonstone a observé que la mucosité puriforme, déposée dans les yeux, fait déclarer la maladie. Mac-Grégor parle, entre autres faits, d'une nourrice qui perdit un œil pour avoir fait sauter entre ses paupières, en injectant les yeux de son enfant, une certaine quantité de liquide. MM. Guersent et Guillié ayant appliqué de la mucosité purulente, formée par la conjonctive malade, sur les yeux d'enfans aveugles, mais où il n'y avait pas d'autres maladies des paupières ou du globe oculaire, l'ophthalmie se communiqua. Il n'y a que Mackenzie, chirurgien militaire anglais, cité dans l'*Edimbourg Medical and surgical Journal*, qui se soit appliqué impunément sur les yeux du pus formé dans l'ophthalmie catarrhale. (Citatiou de Samuel Cooper.)

Cette maladie peut-elle se communiquer à distance ? La plupart des auteurs le nient. Mac-Grégor fait observer que la contagion n'a lieu que dans des rapports intimes entre les individus, et si les nourrices qu'il a citées contractèrent la maladie, il n'en fut pas ainsi des infirmiers qui soignaient les enfans. A la Pitié nous n'avons qu'un seul fait à citer. Une fille de service qui passa deux ou trois nuits dans la salle

où couchaient nos petits enfans, fut atteinte par l'ophthalmie. L'air avait été mal renouvelé, et l'odeur de cette pièce infectait. Du reste, cette femme fut assez promptement guérie. Il en sera parlé plus tard à l'occasion du traitement. Y a-t-il eu ici contact du pus? C'est ce qu'il n'est pas possible de dire. On peut expliquer ce fait tout aussi bien par l'infection que par la contagion. Il paraît aussi que plusieurs enfans de l'école Cochin qui communiquèrent avec les orphelins affectés par l'ophthalmie, furent eux-mêmes atteints de cette maladie, et MM. Bouvier et Boutin m'ont assuré que plusieurs infirmières à l'hôpital des Bons-Hommes, ont aussi été frappées par la maladie; une des religieuses de cet établissement a même perdu la vue à la suite de cette affection ainsi communiquée,

Les symptômes de cette maladie, étudiés sur quatorze sujets, ont été les suivants:

Au début, rougeur, chaleur, et légère douleur de la conjonctive palpébrale, sensation d'un corps étranger qui porte l'enfant à se frotter l'œil, difficulté à supporter l'éclat du jour. Le lendemain rougeur plus vive, tuméfaction marquée de la paupière supérieure, qui présente à l'extérieur une teinte assez semblable à celle de l'érésypèle, mais cependant plus foncée, pâlit un peu sous la pression du doigt; larmoiement involontaire, rougeur de la membrane pituitaire du côté correspondant. Les cils sont déjà agglutinés le matin par une humeur devenue concrète et d'une apparence jaunâtre. Cependant, les jours suivants, la paupière supérieure se tuméfie de plus en plus, et acquiert le volume d'une amande; la tumeur finit au sourcil. La conjonctive est soulevée par le tissu cellulaire palpébral œdémateux; quelquefois elle forme un bourrelet qui se renverse au dehors, et forme alors un ectropion assez facile à réduire, mais qui bientôt se reproduit; la paupière supérieure s'abaisse, et recouvre l'inférieure; les cils de celle-ci sont couchés en bas, et le pli que la paupière supérieure fait ordinairement au-dessous de l'arcade orbitaire, et qui facilite les mouvements est effacé et remplacé par une tuméfaction considérable. Alors

l'enfant ne peut plus relever sa paupière, qui, toujours abaissée, s'accole d'une manière de plus en plus intime avec la peau de la paupière inférieure. Pour parvenir à détacher ces parties, les petites malades ouvrent la bouche, penchent leur tête en avant, contractent les muscles de la face, d'où résulte l'abaissement des ailes du nez et des commissures des lèvres : de là un facies tout-à-fait spécial et bizarre.

Lorsque cette maladie est parvenue à ce degré, ce qui a lieu en peu de jours, si l'on vient à imbiber la matière qui réunit les paupières et à détacher les cils qui les unissent, il s'échappe en abondance des larmes et de la mucosité puriforme et cela en assez grande quantité pour imiter le liquide qui s'écoule d'un abcès que l'on vient d'ouvrir. Cette évacuation soulage les enfans, et les mouvemens de l'œil deviennent moins difficiles.

L'apparence du liquide formé varie suivant l'époque de la journée où on l'examine, et suivant le temps qu'il est resté renfermé entre l'œil et ses enveloppes. Le matin et lorsqu'il a long-temps séjourné, il est très semblable à du pus; dans les circonstances opposées, il est plus clair. Par la fosse nazale correspondante à l'œil malade, il s'écoule un fluide semblable, qui probablement vient des voies des larmes. Lorsqu'on parvient à ouvrir l'œil, on voit souvent de la mucosité concrète déposée à la surface de la cornée transparente, mais elle n'y adhère pas, et le moindre mouvement des paupières suffit pour l'en détacher. La quantité de ce liquide varie suivant le degré de la maladie, la constitution des sujets et les soins qu'on prend des malades. Déposé sur un linge, le liquide en se desséchant forme une tache jaunâtre entourée d'une aréole plus blanche. En s'écoulant sur la joue et en se desséchant, ce fluide produit des croûtes furfuracées; rarement existe-t-il au-dessous de légères excoriations.

La conjonctive oculaire est bien moins affectée que celle des paupières; la rougeur légère qui s'y fait remarquer est plus intense loin de la cornée qu'auprès d'elle, et forme un cercle qui lui est concentrique. Il est rare qu'il y ait chémosis. Dès le commencement de la maladie, la cornée est tou-

jours saine. Il n'en est malheureusement pas ainsi plus tard chez tous les sujets. Lorsque la paupière supérieure reste long-temps très tuméfiée et forme un ectropion volumineux, la cornée transparente s'altère évidemment de dehors en dedans; ses lames extérieures se ramollissent d'abord; elles semblent se séparer les unes des autres comme les feuillets d'un vieux livre, et il arrive enfin un moment où la cornée se perforant, l'humeur aqueuse s'écoule, l'iris vient faire hernie au dehors et former une saillie remarquable recouverte bientôt d'une membrane accidentelle qui se forme à sa surface. Nous reviendrons bientôt sur ce sujet.

D'abord la conjonctive est lisse et unie. Plus tard on y distingue au grand jour des granulations, et, chez quelques sujets, celles-ci se fendillent davantage, grossissent, occupent surtout le point où la conjonctive palpébrale vient se replier sur le globe de l'œil, et présentent dans ce point les végétations décrites par les auteurs, et à la présence desquelles ils attribuent l'opiniâtreté de cette maladie.

Ce n'est que très lentement et après des semaines, que les paupières reviennent à leur volume normal. Long-temps elles restent rouges. La plupart de nos petites filles sont sorties dans un assez bon état, mais il restait encore de la rougeur aux paupières. Il paraît que dans d'autres cas, on a vu cette rougeur se continuer plusieurs mois.

Telle est la marche de la maladie dans son état de simplicité; elle peut se compliquer d'iritis, et dans ce cas, douleurs au sourcil, difficulté à supporter la lumière, déformation de l'iris, changemens dans sa coloration et vomissemens. Nous ne pensons pas qu'il y ait eu dans notre service d'iritis bien marquée. Seulement une infirmière a éprouvé des douleurs dans l'œil lui-même; mais il faut remarquer qu'on avait cherché à changer dès le principe le mode d'irritation de l'ophtalmie en irritant la conjonctive avec du vin.

D'autres maladies ont coexisté; il y a eu plusieurs cas de rougeole et de variole; la marche de l'ophthalmie n'en a pas été modifiée. Dans un cas de variole, où treize jours s'écoulèrent entre l'éruption des boutons et la complète dessiccation,

l'ophthalmie continua sa marche comme à l'ordinaire. A peine fut-elle modifiée par la cautérisation avec le nitrate d'argent, de boutons varioleux développés sur le limbe des paupières inférieures; une petite fille de trois ans, qui paraissait à son entrée très bien portante, eut la rougeole, toussa, fut atteinte de la diarrhée, dépérit; ses yeux ne se guérirent pas, la cornée d'un côté se perfora; à la mort, on trouva d'innombrables tubercules dans le poumon.

M. Bourjot-Saint-Hilaire, dont on ne peut assez louer le zèle et le bon esprit, a consigné, dans le *Journal Hebdomadaire*, le résultat de cette nécropsie. Ce médecin et moi, nous avons disséqué les yeux avec beaucoup de soin, et nous avons fait les remarques suivantes, sur lesquelles nous avons été bien d'accord. S'il y a quelque différence dans notre relation, c'est qu'il est difficile que deux observateurs se rendent compte des choses qu'ils voient précisément de la même manière.

1° *Paupières*. Pendant la vie, elles étaient d'un rouge vif, tuméfiées; la supérieure surtout présentait un développement considérable; des granulations ou plutôt des végétations très apparentes s'y faisaient remarquer. Après la mort, elles sont pâles, ont peu de volume, à peine y distingue-t-on, en les regardant à contre jour, quelques inégalités qui les rendent, sur quelques points, assez semblables à du velours. Les glandes de Meibomius sont à l'état normal, et l'on ne voit nulle part de cryptes muqueux hypertrophiés. La glande lacrymale est plus volumineuse qu'à l'ordinaire.

2° *Œil droit*. Dans un cercle inégalement dessiné de la largeur de deux lignes, les lames antérieures de la cornée ont éprouvé une perte de substance; cette perforation est moins étendue dans les lames plus profondes, et finit par pénétrer dans la chambre antérieure de l'œil par une ouverture d'une ligne. A travers celle-ci s'est échappé l'iris, dont la pupille est oblitérée, et qui, suivant M. Bourjot-Saint-Hilaire, est recouverte de la membrane de Descemet, et, suivant moi, d'une membrane de nouvelle formation. On ne peut guère, en effet, concevoir la hernie de l'iris sans la sortie de l'humeur aqueuse. Les lames de la cornée semblent exfo-

liées, comme les auteurs en ont fait mention. Quelque taches grisâtres observées sur la face postérieure de l'iris ont été regardées comme des membranes accidentelles par M. Bourjot-Saint-Hilaire. Il n'y a ni pus, ni aucune altération dans les autres parties de l'œil; partout où la perforation n'a pas lieu, la cornée a conservé sa transparence.

3° *Œil gauche*. Précisément sur le même point de la cornée, et sur celui qui est le plus saillant, on remarque une perte de substance à peu près de la même largeur qu'à droite. Mais ici les couches les plus profondes de la cornée sont conservées; il y a aussi une exfoliation remarquable, et les lames semblent se dédoubler. Partout ailleurs, la cornée est intacte et transparente. L'iris et les autres milieux de l'œil paraissent exempts de toute lésion.

4° Rien de remarquable dans les conduits des larmes et dans les fosses nasales.

Deux autres petites filles portaient une perforation semblable de la cornée et une hernie de l'iris analogue à celle de l'œil droit de la petite phthisique.

Il y a, dans l'histoire de cette maladie et dans les faits d'anatomie pathologique précédens, quelques explications de physiologie pathologique à faire, et elles sont d'autant plus importantes qu'elles dirigent dans le traitement de cette ophthalmie et de ses symptômes.

1° L'occlusion des paupières est le résultat de l'immobilité de ces voiles membraneux, et de la dessiccation de l'humeur de Meibomius et des larmes. Les inconvéniens qui peuvent en résulter sont grands. D'une part, les liquides, en s'accumulant entre les paupières et l'œil, peuvent irriter ces parties, comme le fait le pus relativement aux parois d'un abcès, et de l'autre, ces fluides, forcés de s'échapper par les voies des larmes, peuvent enflammer ces canaux, les obstruer et être la cause d'affections des conduits lacrymaux et des fosses nasales. Aussi est-il à remarquer que c'est toujours du côté de l'œil malade que la membrane pituitaire est le plus enflammé.

2° La perforation de la cornée, qui évidemment s'opère de dehors en dedans, semble se développer ici sous l'influence

d'une triple cause organique. D'abord, les fluides situés entre les deux lames de la conjonctive peuvent ramollir la cornée ; la pression occasionnée par l'ectropion doit rendre ce ramollissement plus marqué, et enfin les mouvemens d'élévation et d'abaissement de la paupière tuméfiée, ou du globe de l'œil lui-même contre cette tumeur palpébrale, doivent contribuer à produire cet effet. Aussi voit-on que c'est sur la partie la plus saillante de la cornée que la perte de substance a lieu, et que la perforation survient. Qui ne sait que l'inflammation se déclare là où des tissus exercent les uns sur les autres une pression anormale, et que cela surtout a lieu dans les points où ces parties se frottent les unes les autres ?

3° N'est-il pas bien digne de remarque que l'enfant où les deux cornées se sont perforées totalement ou partiellement, ait été le seul qui portât, ou du moins chez lequel on ait trouvé des tubercules ? Ne se rend-on pas compte en partie de ce fait par la fréquence du ramollissement de l'estomac chez les phthisiques ?

A quelle espèce d'ophthalmie rapporterons-nous celle-ci ? Les divisions des Allemands sur ce sujet sont loin de satisfaire l'esprit. Il n'est pas une seule inflammation des membranes muqueuses qui, si elle dure, ne s'étende point aux follicules Ceux-ci ne sont, à vrai dire, qu'une extension de la membrane, qu'un repli de plus qui multiplie sa surface. La distinction de l'ophthalmie en villeuse et glanduleuse ne paraîtra fondée que pour ceux qui concevront que les cryptes s'enflamment indépendamment de la membrane elle-même. Certes, l'ophthalmie dont il s'agit se rapporte bien, comme le dit M. Bourjot-Saint-Hilaire, à l'inflammation suppurative de Beer, ou à l'ophthalmie catarrhale des auteurs, ou à l'ophthalmie glanduleuse de Reil. Eh bien, dans les yeux que nous avons disséqués avec tant de soin, dans ceux des enfans que nous avons examinés scrupuleusement pendant la vie, nous n'avons pas vu que les glandes de Meibomius ou d'autres fussent plus malades que la membrane. Dirons-nous qu'il s'agit d'une blépharophthalmie, mot difficile à prononcer, et qui veut dire tout simplement que les paupières participent

à l'inflammation? Chercherons-nous à la classer dans les ophthalmies d'Egypte, des nouveaux nés, dans les ophthalmies blénorrhagiques, etc., etc. Contentons-nous de décrire les phénomènes et de dire qu'il s'agit ici d'une inflammation de la conjonctive marquée surtout dans la paupière supérieure qui s'hypertrophie, et qu'un flux abondant de mucosités puriformes ne tarde pas à l'accompagner; admettons aussi comme un fait que l'encombrement, s'il ne la produit pas exclusivement, lui donne au moins de la gravité, et lui imprime peut-être le caractère contagieux.

Le traitement de l'ophthalmie catarrhale est un objet de dissidence pour les auteurs qui, se fondant plutôt sur leurs théories que sur les faits, prescrivent les antiphlogistiques, s'ils croient que l'inflammation soit le résultat d'une action augmentée des vaisseaux, et qui les blâment s'ils admettent au contraire, avec Wilson Philip, qu'il y a stagnation du sang. D'une part, Peach veut que les saignées soient portées jusqu'à la syncope ; de l'autre, Assalini les regarde comme très contraires. Reil est sans doute un de ceux qui a le mieux indiqué le traitement de cette ophthalmie. Prescrivant d'abord des soins hygiéniques, il conseille ensuite des antiphlogistiques, dont l'administration est subordonnée au caractère de la maladie.

Peut-être se hâte-t-il trop d'y substituer d'autres moyens, et d'ailleurs, les innombrables formules de médicamens ophthalmiques qu'il donne ensuite en quatre-vingts pages, déparent son travail. Savarési ne regarde comme sthéniques que les inflammations du bulbe de l'œil, et traite, en conséquence, les autres variétés avec l'esprit de vin, le safran, les savonneux, le sulfate de zinc, le vinaigre, l'eau-de-vie et le muriate de soude. Il dit cependant que, dans l'ophthalmie d'Egypte qu'il a soignée, sur mille malades, il n'y aurait eu qu'un aveugle et deux borgnes. Bruant croit que les saignées locales seraient utiles ; mais il ne les a pas employées lui-même. Scarpa se loue principalement, dans l'ophthalmie puriforme des enfans, d'injections faites avec l'eau de plantin, unie à un peu de camphre, de vitriol et de bol d'Armé-

nie. La plupart des auteurs insistent surtout, avec Beer, Wetch, Weller, etc., sur des collyres astringens, et s'accordent presque tous à parler de la nécessité où l'on se trouve de détruire les granulations ou les végétations de la conjonctive, que les uns veulent attaquer par de légers astringens, d'autres, avec Saint-Yves, par la cautérisation, et d'autres, avec Travers, par l'excision.

Dans le traitement de cette ophthalmie, nous avons eu égard aux indications suivantes :

1° *Soustraire les enfans aux causes qui semblent favoriser le plus le développement de la maladie.*

Les enfans ont été isolés autant que possible ; la ventilation a été faite le jour et la nuit, et l'on a recommandé toutefois d'éviter que les courans d'air froid ne fussent dirigés sur les yeux malades. Malheureusement ces conseils ont été assez mal exécutés, et le matin l'odeur de la salle était encore fétide.

Huit enfans furent placés dans une des moitiés de la salle dont les croisées avaient été fermées avec des rideaux et où régnait l'obscurité. Aucune influence heureuse de cette précaution ne se fit remarquer, et dès-lors on cessa d'y avoir recours.

On évita le plus possible que les enfans communiquassent les uns avec les autres ; on prescrivit surtout de ne jamais laver les yeux des uns avec des linges ou de l'eau qui auraient servi à d'autres.

On coupa les cheveux. Les insectes furent détruits par des soins de propreté et par des onctions avec un quart de gros d'onguent mercuriel. Les croûtes teigneuses furent pansées avec des cataplasmes de farine de graine de lin et d'eau de guimauve.

On recommanda d'éviter autant que possible de faire pleurer les enfans, et de leur laisser porter les mains vers les yeux.

Plusieurs enfans qui n'avaient pas été vaccinés furent soumis à cette opération à l'occasion d'une variole qui se manifesta.

Le régime fut doux, lacté, médiocrement sévère, et l'abstinence ne fut prescrite que dans le cas de complication.

2° *Combattre l'inflammation de l'œil.*

Pour cela, lotions avec l'eau de guimauve, de mélilot, dont M. le professeur Marjolin dit s'être très bien trouvé; quelquefois addition d'une certaine quantité d'opium.

Cataplasmes sur l'œil entre deux linges et recouverts de taffetas gommé. Malheureusemnt les enfans ne voulaient pas les souffrir. Des compresses fines trempées dans l'eau de guimauve et recouvertes de taffetas gommé ne furent guère plus utiles. Dans deux cas on s'est bien trouvé d'un cataplasme de pulpe de carottes.

Application réitérée de deux à six sangsues à la tempe ou au-dessous de l'oreille. Ces saignées locales réussirent chez un adulte et n'eurent pas de succès chez les enfans. Il est vrai qu'elles avaient été prescrites ordinairement dans des cas graves. Cependant, chez un jeune enfant où elles furent appliquées au début, le résultat de ce moyen ne fut pas plus avantageux. Une saignée pratiquée sur la plus âgée de ces petites filles, qui avait douze ans, n'eut aucune efficacité.

Les onctions avec l'onguent mercuriel ne produisirent dans un cas qu'une amélioration momentanée : l'acétate de plomb, le sulfate de zinc, étendus d'eau, n'eurent pas plus d'efficacité.

Chez l'infirmière, les applications de gros vin sur l'œil semblèrent un moment entraver la marche de la maladie au début; mais l'œil devint très sensible à la lumière, la conjonctive oculaire rougit, le sourcil devint douloureux. On craignit une iritis; ce moyen fut remplacé par des évacuations sanguines locales au voisinage de l'œil, par un cataplasme de carottes; le mieux fut rapide, et la malade ne tarda pas à guérir.

La cautérisation avec le nitrate d'argent produisit de la douleur, mais n'abrégea pas la durée de la maladie.

Les pédiluves, les vésicatoires à la nuque n'ont eu aucun effet sensible.

L'épidémie de cholera uous empêcha d'avoir recours à des purgatifs.

Ainsi il nous fût impossible d'enrayer d'une manière quelconque, dans treize cas sur quatorze, la marche de l'inflammation.

3° *Empêcher l'agglutination des paupières et prévenir l'accumulation du mucus et des larmes entre elles et le globe oculaire.*

Des onctions avec le cérat et des lotions fréquentes avec l'eau de guimauve produisirent cet effet. Il a fallu quelquefois beauconp de temps pour parvenir à opérer le décollement et pour faire voir à d'autres comment il fallait s'y prendre. C'est ici qu'on peut voir combien le traitement pratiqué sur des masses de malades vaut moins que celui qni se fait sur des individus isolés. En ville on serait toujours parvenu au résultat qu'on cherchait. Ici, Malgré les soins les plus assidus de la sœur et des infirmières, comme il y avait treize enfans à soigner, on n'y parvint presque jamais, et le matin, à la visite, les paupières étaient toujours collées.

Les injections avec l'eau de guimauve et avec l'eau distillée préconisées par Scarpa, et que Weller croyait rendre bien active en y ajoutant des quantités minimes de sulfate de zinc, ont causé beaucoup de rougeur, beaucoup d'irritation, et n'ont pu être supportées. Aussitôt que les enfans se doutaient qu'on allait faire les injections, ils pleuraient si fort qu'il fallait en différer l'emploi.

4° *Remédier au gonflement œdémateux des paupières et à l'ectropion qui en était la conséquence.*

La compression, que je n'ai vue indiquée par aucun auteur, partout où elle a été bien faite, a eu d'excellens résultats : du jour au lendemain la tumeur a diminué ou disparu. C'est au moins sur douze yeux que ce moyen a été suivi de ces heureux effets. Il avait déjà réussi à faire dissiper l'œdème de la paupière supérieure, avant l'éruption varioleuse chez l'enfant qui en fut atteint. Sur une petite Allemande qui souffrait tellement qu'elle se couchait toujours la face appuyée sur l'orciller,

la compression réussit en vingt-quatre heures à faire dissiper l'œdème palpébral. Il y avait quinze jours que celui-ci subsistait et qu'on n'avait pu voir l'œil. Cet enfant ne se laissa comprimer que lorsque sa mère, passant les nuits auprès d'elle, obtint que la compression fût exécutée. L'un des yeux fut conservé, l'autre avait une perforation de la cornée et une procidence de l'iris qui datait évidemment d'un temps bien antérieur à celui où la compression avait été employée. Nous n'avons pas eu à reprocher d'accidens à l'emploi de la compression. La petite fille qui mourut phthisique et perdit les deux yeux, ne l'avait pas subie, et il en fut ainsi d'un autre cas où existe aussi une procidence de l'iris.

Pour que cette compression réussisse, il faut qu'elle soit bien faite. M. Putégnat qui a rempli avec beaucoup de zèle les fonctions de chef de clinique, l'a exécutée sous mes yeux, et d'après mes conseils, de la manière suivante : compresse fenêtrée, enduite de cérat sur l'œil, par dessus charpie fine, puis quelques compresses imbibées d'eau de guimauve, taffetas gommé pour en prévenir le dessèchement, et quelques tours de bande autour de la tête et sur l'œil malade, en cherchant à diriger la compression de bas en haut, en prenant, autant que possible, l'arcade orbitaire comme point d'appui pour agir sur la paupière supérieure, et en ne comprimant que légèrement sur l'œil d'avant en arrière.

Cette compression pourrait-elle favoriser l'écoulement des humeurs de l'œil, lorsqu'il existe une perforation de la cornée? Non sans doute, puisque l'action du bandage soutiendrait au contraire la partie antérieure de l'œil (1).

5° *Prévenir la perforation de la cornée.*

D'après les considérations précédentes, le point capital pour y parvenir est de guérir l'ectropion, et la compression

(1) Nous devons à la vérité de dire que MM. Boutin et Bouvier, à l'hôpital temporaire des Bons-Hommes, n'ont pas obtenu, dans un cas, de succès de la compression exécutée de la même manière que nous l'avions faite; toutefois l'enfant n'avait pas voulu la souffrir, et avait défait le bandage. Depuis, M. Boutin nous a dit s'en être mieux trouvé.

paraît être un des meilleurs moyens qu'on puisse proposer dans cette intention. D'ailleurs s'il se manifestait une iritis ou une inflammation aiguë de l'œil lui-même, la médecine antiphlogistique serait exécutée avec plus d'énergie. Hors ces cas, éviter les mouvemens du globe de l'œil et des paupières paraîtrait indiqué; et sous ce rapport encore la compression de l'œil doit être une chose utile.

Il serait bien à désirer de savoir quel est l'état actuel de la cornée au dessous des paupières infiltrées, mais on n'y parvient qu'avec une peine extrême. La douceur et la persuasion sont encore les meilleurs moyens pour faire écarter les paupières. En effet, on ne peut ouvrir les yeux avec les doigts; les instrumens destinés à relever les paupières font beaucoup souffrir, quelquefois saigner, et souvent ne font rien voir. Les pleurs et les accès de colère qui suivent son application peuvent avoir les plus fâcheux effets : souvent par des mouvemens volontaires éxécutés par les malades on obtient l'ouverture de l'œil, que le chirurgien ne pouvait auparavant opérer.

6° *Remédier aux complications.*

Ici nous avons eu à combattre des varicelles, une variole compliquée d'ulcérations de la glotte. Chez cette malade, la voix est voilée depuis ce temps; plusieurs rougeoles, quelques éruptions anormales. Il y a eu aussi plusieurs bronchites, et quelques gastro-entérites. Ce n'est pas le lieu de nous étendre sur ce sujet. Disons encore que ces affections n'ont eu aucune influence sur la marche de la maladie.

7° *Faut-il détruire les végétations avec les caustiques?*

Nous n'avons pas eu besoin de le faire, et nous croyons que le plus souvent cela est inutile. Rappelons-nous encore que chez la petite fille qui a succombé, et chez laquelle, pendant la vie, les végétations étaient si apparentes, on ne trouva rien à la mort : donc en dissipant l'inflammation, cette tuméfaction vasculaire peut se détruire.

Voici quels ont été nos résultats :

Sur les vingt-huit yeux malades, il y a eu trois perfora-

tions complètes de la cornée avec procidence de l'iris, et c'était dans les cas où l'ectropion avait été très volumineux. Un de ces sujets était tuberculeux. Il y a eu deux ulcérations superficielles et extérieures de la cornée. Tout porte à croire que tous les enfans cités précédemment et qui ont survécu y verront plus ou moins. Dans tous les autres cas, l'œil a été conservé. Plusieurs petites filles sont sorties de l'hôpital dans un état très voisin de la guérison, et ont conservé seulement un peu de rougeur des paupières et un très léger écoulement. Les quatre qui restent à l'hôpital sont presque complètement guéries.

MÉMOIRE

SUR

LES NÉVRALGIES

ET

SUR LEUR TRAITEMENT.

ÉVERAT, Imprimeur, rue du Cadran, n° 16.

MÉMOIRE

SUR

LES NÉVRALGIES

ET

SUR LEUR TRAITEMENT.

Les névralgies ont été beaucoup mieux étudiées par les modernes que par les anciens, et l'anatomie et la physiologie ont éclairé leur histoire. Chaussier recueillant quelques observations consignées dans les auteurs, profitant des travaux de Galien, Nuck, Maréchal, Louis, Pouteau, André, Cotugno, Fothergill, etc., publia un travail sur les névralgies qui a fixé leur symptomatologie et leur diagnostic. Depuis lors de nombreux faits sont venus appuyer ceux du savant physiologiste. Les uns, tels que MM. Dupuytren, Lobstein, Breschet, Andral et Cruveilhier, ont recherché avec soin l'état anatomique des nerfs, sur lesquels Reil avait fait des recherches remarquables. Les autres firent des expériences sur les nerfs des animaux pour apprécier les caractères anatomiques de leur inflammation, que M. Broussais considérait comme la source des accidens névralgiques. D'autres, enfin, s'occupèrent du traitement empirique. MM. Méglin, Récamier, Martinet, dont la monographie sera toujours consultée avec tant de fruit, etc., proposèrent des médications actives, et celle-ci furent préconisées en si grand nombre que les praticiens, incertains de la conduite qu'ils doivent tenir dans tel ou tel cas, restent indécis sur le choix à donner aux médicamens qu'on leur vante.

C'est malheureusement là le résultat de l'empirisme pur, qui n'offre souvent, dans les faits qu'il rassemble, que des tables de matières parmi lesquelles il faut que le hasard ou l'expérience individuelle décide.

Un assez grand nombre de cas de névralgies se sont offerts à mon observation. Quelques-uns d'entre eux seront publiés dans ce mémoire, spécialement destiné à déterminer les cas où une médication convient de préférence à une autre, et l'ordre qu'il paraît convenable de suivre dans les moyens dont on se sert.

OBSERVATION I.

Un homme de 30 ans se heurta avec force le coude, au niveau du point où passe le nerf cubital. A l'instant même il éprouva dans toute l'étendue de la partie interne et postérieure de l'avant-bras et dans les trois derniers doigts une douleur vive et tout-à-fait spéciale. C'était un engourdissement, un fourmillement accompagnés d'une sorte de vibration, et assez analogue au sentiment qu'on éprouve dans les crampes des mollets. Cette douleur persista quelques secondes à l'état aigu; puis elle diminua, mais elle ne se dissipa pas entièrement. Le membre resta engourdi. Le lendemain matin, elle devint plus violente, sans cause connue, et persista encore pendant quelques secondes; un sentiment douloureux, pareil à celui de la veille, persista, et le surlendemain matin une nouvelle exacerbation dans la douleur eut encore lieu.

Trente sangsues et un cataplasme appliqués sur le membre et près de la partie contuse furent suivis, en vingt-quatre heures, de la disparition des accidens.

OBSERVATION II.

Pouteau vit un jeune homme qui, à la suite d'un coup sur le tibia, éprouva une douleur très-vive, s'étendant de la cuisse à la jambe et au pied. Cette douleur persista pendant plusieurs années, et il n'y eut que l'incision cruciale de la partie malade qui put remédier aux symptômes.

OBSERVATION III.

M. le professeur Dupuytren a observé le cas suivant. Une dame se promenait au bois de Boulogne; le cheval qu'elle montait fit un écart et faillit la jeter à terre; le cavalier qui cheminait avec elle, la saisissant par le bras, la tint en quelque sorte suspendue pendant plusieurs secondes. Une doulenr très-vive se fit sentir dans l'avant-bras, et bientôt apparut une petite tumeur qui avait son siége dans le nerf cubital, donnait lieu à des douleurs semblables à une commotion électrique dans tous les filets du nerf, et qui exigea l'extirpation.

OBSERVATION IV (1).

La femme Moreau (Aimée) âgée de 41 ans, pléthorique et d'une constitution robuste, entra à la clinique de la Pitié le 26 septembre 1832. Elle était tombée, huit jours avant, d'une échelle de dix pieds de hauteur, et celle-ci avait produit une forte contusion à la cuisse gauche. Une douleur vive, augmentant par l'inspiration, se manifesta bientôt dans l'hypochondre droit, qui cependant n'avait pas porté dans la chute. Le plessimètre faisait trouver le foie sur tous les points douloureux, et cet organe hypertrophié, haut de dix pouces, fut limité par des lignes que l'on traça avec le nitrate d'argent. A peine la femme Moreau se plaignait-elle de quelques douleurs dans la partie externe de la cuisse gauche, qui avait été contuse. Une petite quantité de sang noir, non écumeux, fut rendue par la bouche à la suite de légers efforts de vomissemens. En outre, langue rouge, appétit nul, soif vive, pouls fort et dur, veines pleines, peau chaude et respiration gênée.

(Saignée de plus d'une livre, cataplasme sur le point douloureux, tisane pectorale, diète absolue.)

Le 27, la hauteur du foie est réduite à 7 pouces, et la douleur qui s'y rapportait est de beaucoup diminuée; mais en revanche celle de la cuisse est devenue beaucoup plus vive.

Le 28, même état. (Nouvelle saignée d'une livre et continuation des mêmes moyens.)

Le 29, le foie a diminué encore de deux pouces, il n'y a plus de douleur sur ce point, mais la cuisse est en dehors le siége d'une très-vive souffrance. Celle-ci correspond à toute l'étendue du nerf sciatique; elle consiste dans un fourmillement, un engourdissement subit, qui se propage comme un trait de la partie externe postérieure et supérieure de la cuisse jusqu'aux orteils. Elle ressemble parfaitement, au rapport de la malade, à celle qu'on éprouve lorsqu'on se heurte le nerf cubital au coude. (Application d'un vésicatoire d'un pied de long et de six lignes de large, sur le trajet du nerf et de la douleur.)

Le 30, la douleur est encore plus vive; elle revient par élancemens et est intolérable. Impossibilité de remuer le membre et de supporter la moindre pression. (Application de trente sangsues sur le trajet de la douleur.)

Le 1er octobre, diminution très-marquée dans les accidens.

Le 2, nouvelle application de vingt sangsues, le lendemain la douleur est disparue et la malade sort parfaitement guérie le 8, après douze jours de traitement.

OBSERVATION V (2).

M. H......, âgé de 60 ans, robuste, habitant la campagne, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il y a un an, voyant son jardinier

(1) Observation recueillie par M. Baron.

(2) Recueillie par M. le docteur Nicaut de Choisy, et moi.

éprouver une très-grande difficulté à pousser un rouleau de pierre, très-lourd, sur une pièce de terre récemment labourée, joignit ses efforts à ceux de cet homme et parvint à achever la tâche qu'il s'agissait de remplir. Mais, parvenu à l'extrémité du terrain à parcourir, un sentiment de compression à la gorge et une extrême difficulté de respirer survinrent et ne se dissipèrent qu'après quelques minutes. Quelques jours après une vive douleur, accompagnée de fourmillemens et d'engourdissement, s'étendit d'une part dans toute l'étendue du cou, du bras, de l'avant-bras et des doigts, du côté gauche; de l'autre, jusque vers la région du cœur. Cet accident dura plusieurs minutes et se calma ensuite. Au rapport de M. H...., le pouls devint alors intermittent et irrégulier, mais le malade n'éprouva pas de palpitations violentes.

Depuis ce temps, toutes les fois que M. H..... se livre à un exercice violent, lorsqu'il monte un terrain ascendant ou qu'il marche vite, le même accident se renouvelle, et toujours avec les mêmes caractères. Le cœur est d'un volume ordinaire, ses bruits stéthoscopiques et le pouls n'indiquent rien qui soit en rapport avec un rétrécissement des orifices, et la marche modifie peu les contractions et le volume du cœur. Les accès ne se reproduisent pas spontanément; ils n'ont rien de périodique; seulement ils sont plus fréquens à l'occasion d'impressions morales vives. Ils ne reparaissent que dans les circonstances précédemment indiquées. Ils vont plutôt en diminuant qu'en augmentant, et cela depuis que M. H..... évite avec soin, d'après les conseils qui lui ont été donnés, tous les exercices qui d'ordinaire ramènent cette bizarre affection, qui semble devoir céder à ces moyens de prudence, et contre laquelle des médicamens ou des évacuations sanguines pourraient être employés sans succès.

Dans ces cinq observations, une cause physique a occasioné des accidens névralgiques. Tout porte à croire que dans la première et la troisième il s'agissait d'une inflammation du nerf, d'une hypérémie active, d'une névrite. Des saignées locales ont subitement enlevé la maladie. La quatrième observation est remarquable sous bien des rapports: elle prouve d'une part combien les saignées générales sont utiles dans les inflammations du foie (comme elle le sont dans l'hypérémie de tous les organes qui contiennent beaucoup de vaisseaux d'un grand volume); et de l'autre, que les pertes de sang considérables n'ont pas empêché le nerf de s'enflammer, tandis que des applications de sangsues réitérées ont été suivies presque subitement de la guérison de la névrite.

Dans la troisième observation, on voit encore une névralgie rebelle, suite d'une contusion. Pouteau a cité aussi le cas d'une douleur intolérable, suite d'une saignée du pied chez une religieuse; mais ici comme dans la troisième observation, il y avait une tumeur développée sur le

trajet du nerf, et il fallut enlever la partie malade. Dans beaucoup de cas c'est une cause mécanique qui produit ces tumeurs, et il serait important de savoir si les douleurs précèdent leur apparition, ou si le contraire a lieu. Dans un cas observé en ville, il y avait eu au bras à la suite de la phlébotomie des douleurs atroces et évidemment névralgiques. Une tumeur se développa consécutivement et fut accompagnée des mêmes souffrances. On ne pouvait y toucher sans que la malade jetât des cris perçans. Cette femme se refusa à tout traitement.

Dans la cinquième observation, une cause mécanique a probablement produit la première douleur névralgique qu'il serait difficile de ne pas rapporter à l'angine de poitrine. La huitième paire, le plexus brachial et ses ramifications paraissent être le siége de cette maladie. Celle-ci offre cette particularité remarquable, que les accidens reparaissent à l'occasion de nouveaux efforts ou de certains mouvemens.

Il est bon de rapprocher de ces faits cette observation de M. Martinet où le nerf sciatique devint le siége de douleurs excessives à la suite d'une grande course que fit un conscrit pour échapper à des gendarmes qui le poursuivaient; une observation de M. Ivan où les nerfs poplité, externe et péronier, s'hypertrophièrent à la suite d'un vaste ulcère fongueux de la jambe qui avait donné lieu à des douleurs excessives, avec exacerbations nocturnes; et ces faits, l'un de M. Serres, l'autre de M. le professeur Andral, et une troisième de M. le professeur Bérard, où il y avait des symptômes d'asthmes, et des douleurs névralgiques chez des sujets où les nerfs pneumogastriques ou diaphragmatiques étaient comprimés, ou dont les filets étaient divisés par des masses squirrheuses. Dans tous ces cas ainsi que dans beaucoup d'autres, des lésions matérielles et en quelque sorte mécaniques ont déterminé des douleurs névralgiques ou des névrites.

OBSERVATION VI (1).

M. Desm..., âgé de plus de 70 ans, ancien notaire, a beaucoup d'embonpoint, le ventre très-volumineux, le cou court; les artères sont larges, le cœur très-gros, surtout à gauche. A part une dyspnée qui lui est habituelle, et qui fait qu'avec peine il monte un escalier, sa santé générale est bonne.

(1) Elle m'est commune avec M. le docteur L.-E. Olivier.

M. D… éprouva à la fin de 1829 et dans les premiers mois de 1830 une douleur excessive qui, partant de la partie postérieure et interne de l'articulation huméro-cubitale gauche, s'étendait subitement le long de la partie interne de l'avant-bras, se portait jusque vers la partie externe du médius, et sur les deux côtés de l'annulaire et du petit doigt. Elle consistait dans un engourdissement, un fourmillement insupportables, et tout-à-fait semblables, suivant le rapport du malade, à la sensation que l'on éprouve quelquefois lorsqu'on se heurte le coude contre un corps dur. Cette douleur, qui n'avait pas d'intermittence, mais où il y avait seulement et pendant la nuit des exacerbations, était excessive, et la moindre pression, comme le plus léger mouvement, en augmentaient encore l'intensité.

Depuis plusieurs années, M. D… avait consulté des médecins, d'ailleurs fort habiles, qui prescrivirent des pilules de Méglin, des narcotiques et des antispasmodiques variés, mais ces moyens ne produisirent même pas de soulagement.

Le 22 mars 1830, M. le docteur L.-E. Olivier, neveu du malade, et moi, nous vîmes M. D… en consultation, et à cette époque la douleur était arrivée au plus haut degré d'intensité.

Trente sangsues et un cataplasme furent appliqués sur le membre; repos absolu de celui-ci.

Le matin du 23, disparition complète des accidens, mais à minuit ils reparaissent avec une nouvelle violence, et se dissipent au jour.

Le lendemain, nouvelle application de sangsues, nouveau calme; mais la nuit suivante, à la même époque, réapparition des douleurs.

Emploi du sulfate de quinine à la dose de douze grains, en trois doses : la première et la plus forte commençant à l'époque la plus reculée de l'accès à venir, et les deux autres toutes les trois heures.

La nuit suivante l'accès manque; le sulfate de quinine est continué et la maladie paraît guérie.

Le 9 avril, à minuit, menace de suffocation, pouls vibrant, face bouffie, orthopnée, accidens des maladies du cœur au plus haut degré, douleur excessive, *et de même nature que celle qui existait à l'avant-bras*, se portant vers la région du cœur; une copieuse saignée calme les symptômes. Pendant le jour, le malade est bien; mais à minuit la suffocation reparaît et se reproduit encore à la même heure le troisième jour. Emploi du sulfate de quinine, comme la veille; pendant long-temps, l'accès d'asthme ne reparaît plus.

Cependant au mois de juillet la douleur du bras reparaît toujours à minuit; elle cède au sulfate de quinine, mais se reproduit bientôt dans le nerf sous-orbitaire droit. L'examen attentif des dents par un dentiste et par moi ne fait pas découvrir de carie. Le sel de quinquina est de nouveau prescrit, et la névralgie, qui se reproduisait toujours à la même époque, se dissipe encore.

Au mois de janvier 1831, la douleur du bras reparaît, puis celle du cœur, et cela toujours à la même heure. Emploi du sulfate de quinine, qui réussit comme il l'avait fait précédemment.

Au mois d'avril suivant, les accidens du côté du cœur reparurent encore; M. le professeur Andral vit ce malade en consultation et fut d'avis d'employer de nouveau le sulfate de quinine, qui arrêta encore les accès d'asthme ou plutôt d'angine de poitrine.

Enfin, quelques jours après, la douleur névralgique se déclare dans la fosse canine droite, toujours à la même heure, toujours avec les mêmes engourdissemens, le même sentiment de vibration; elle se rapporte surtout au voisinage de la première petite molaire. Celle-ci est examinée de nouveau, et une épingle fine et recourbée, introduite entre cette dent et celle qui la suit, y fait découvrir une carie profonde. Des renseignemens nouveaux apprennent alors qu'avant tous ces accidens névralgiques M. D... a beaucoup souffert de cette dent. Celle-ci est extraite le lendemain; le sulfate de quinine est administré, et plusieurs mois après la maladie n'avait pas reparu.

Il semble évident ici qu'une cause matérielle (la dénudation d'un des nerfs dentaires par la carie d'une dent) a été le point de départ de la névralgie, qui s'est ensuite reproduite dans le nerf cubital et la huitième paire, pour revenir plus tard au nerf sous-orbitaire et au nerf dentaire; qu'une seconde fois, ce même enchaînement de phénomènes organiques s'est reproduit. Partout la névralgie a reparu sous la forme intermittente, toujours elle a eu lieu à la même heure, et constamment elle a cédé au quinquina. Il semble que celui-ci n'ait eu de prise que sur la périodicité; car la maladie a reparu quelque temps après. C'est une chose remarquable que l'action d'un médicament qui combat avec avantage une affection lorsqu'elle a tel type, et qui ne réussit pas dans tel autre cas. C'est une chose à noter encore que cette affection d'abord continue, devenant intermittente à la suite de la médication antiphlogistique, et dont les accès éloignés, changés de siége à la suite de l'emploi du sulfate de quinine, ne sont entièrement prévenus que lorsque la cause organique des symptômes est enlevée.

Ce fait rappelle aussi ce que dit Bichat d'une douleur qu'il éprouvait du côté de la mâchoire opposé à celui où une dent était cariée, et les réflexions judicieuses qu'il fait à cette occasion sur la facilité qu'ont les souffrances nerveuses à se reproduire au loin.

OBSERVATION VII.

Une femme forte, âgée de 22 ans, éprouvait depuis plusieurs années des douleurs de dents entretenues par la carie des deux premières grosses molaires gauches supérieures. Elle avait été ultérieurement atteinte d'une ophtalmie puriforme très-rebelle, à laquelle avait succédé une otorrhée très-fétide, qui, du reste, n'avait pas compromis l'audition. Lorsqu'elle entra à la Pitié, le 13 août, cet écoulement s'était arrêté depuis huit jours, et une douleur très-vive vers les tempes et non vers les dents avait eu lieu, augmentait par la pression, et était si vive qu'elle privait la malade de sommeil. Une saignée pratiquée le 14, douze sangsues derrière chaque oreille, et des injections émollientes le 15, calment à peine les douleurs; le 16, un cataplasme sur la tête, recouvert de taffetas gommé, ne réussit pas davantage. Le 17, la douleur est très-vive; on arrache les dents cariées. Le 18, mieux-être; le 19, très-grande amélioration; quelques symptômes gastriques. Il survient, le 21, une légère éruption de *melitagra flavescens* à l'aile gauche du nez; les jours suivans, la croûte se dessèche et tombe, et la malade sort guérie.

OBSERVATION VIII.

M. Balme Dugaray a publié ailleurs (*Lancette*, n° 62, t. 7), une observation recueillie à la clinique de la Pitié, qui, bien qu'il ne s'agisse pas d'une véritable névralgie, peut être rapprochée de la précédente sous le rapport de l'intermittence dans un cas de lésion organique. Il s'agit d'un homme qui, ayant éprouvé dans sa jeunesse un érysipèle de la face, n'en avait pas été atteint depuis seize ans. Une affection semblable se manifesta alors tous les quatorze ou quinze jours, pendant neuf mois. La maladie, d'après mes notes et celles d'un autre élève, commençait par des douleurs vives qui s'étendaient vers le front, puis un engorgement inflammatoire commençait au niveau de chaque fosse canine, s'étendait de proche en proche, était accompagné de phénomènes fébriles, et les douleurs continuaient. En outre, la pituitaire était enflammée. La durée de cette affection était de trois ou quatre jours. Or, chez ce malade, les deux dents canines supérieures étaient profondément cariées depuis un an, et causaient souvent de vives douleurs. Il parut très-probable que la cause de ces érysipèles était la carie des dents et l'irritation de leur pulpe. Le type intermittent était lié à la souffrance nerveuse. Les dents furent extraites, la maladie se dissipa, et le sulfate de quinine fut alors employé à la dose de 30 grains en trois jours. L'érysipèle ne reparut pas.

Dans cette observation, ce ne sont plus seulement des douleurs nerveuses périodiques qui sont liées à une cause matérielle préexistante, c'est une inflammation tégumentaire et intermittente qui paraît encore en être la conséquence.

OBSERVATION IX.

Une femme sexagénaire entra à la clinique de la Pitié, présentant les symptômes et les signes physiques de l'hypertrophie avec dilatation des cavités gauches du cœur. Elle ressentait en outre et depuis long-temps, dans l'épaule gauche, des douleurs intolérables qui s'étendaient comme un trait dans tout le bras jusqu'aux doigts, dans tout le côté gauche du thorax, et qui produisaient alors un sentiment de constriction dans le cœur et une menace de suffocation. Ces douleurs ressemblaient parfaitement, pour le caractère, à celles que l'on éprouve lorsqu'on se heurte le nerf cubital au coude. Il y avait des paroxismes pendant la nuit, mais on ne remarquait pas d'intermittence franche. Des saignées générales calmèrent les accidens du côté du cœur, qui diminua à peine de volume. Des antispasmodiques, des narcotiques à l'extérieur et à l'intérieur, l'hydrochlorate de morphine par la méthode endermique, furent sans efficacité, et l'on se décida à appliquer trente sangsues au voisinage de l'épaule et de l'aisselle, d'où la douleur névralgique paraissait partir. Celle-ci fut soulagée, mais un érysipèle considérable survint à l'entour des morsures de sangsues ; il s'étendit peu à peu, et, d'un jour à l'autre, sur le bras, la poitrine, le cou, la face, le cuir chevelu ; il forma en quelques jours une grande surface rouge, tuméfiée, très-douloureuse et séparée des points où la peau était saine, par un limbe plus rouge encore. Cataplasmes à nu, fomentations, vésicatoire sur le centre de la maladie d'après la méthode de M. le professeur Dupuytren, méthode dont nous nous sommes ailleurs si bien trouvés ; rien ne réussit. D'ailleurs des mucosités se déposèrent dans les bronches, le cœur se dilata de plus en plus, et la mort par asphyxie survint.

A la mort les veines du cerveau étaient gorgées de sang noir, le cœur gauche hypertrophié et dilaté, le droit très-distendu par du sang ; il n'y avait pas plus d'ossification dans les orifices du cœur que dans l'artère coronaire. Le poumon était crépitant, très-volumineux, rempli de sang veineux ; les bronches contenaient beaucoup d'écume. On trouva un peu de sérosité dans le péricarde ; les nerfs du plexus brachial, du bras, du cou et des parois thoraciques, disséqués avec le plus grand soin, n'offrirent aucune lésion anatomique en rapport avec la névralgie dont ils avaient été le siége. Les articulations et les muscles du bras gauche étaient intacts.

Dans cette observation, les symptômes névralgiques ne peuvent pas être mis en doute, et cependant à la mort on ne trouva aucune lésion ni dans la huitième paire, ni dans le plexus brachial, qui pût expliquer les accidens qui survinrent. Une seule altération restait : c'était l'hypertrophie avec dilatation du cœur, dont l'artère coronaire n'était pas ossifiée. Déduirons-nous de là que les nerfs qui donnaient lieu aux

symptômes n'étaient pas matériellement lésés? Non, sans doute ; car nous nous rappellerons combien il est difficile d'apprécier les nuances légères de rougeur et de consistance qui peuvent survenir dans un point limité d'un nerf fort étendu, qui d'ailleurs, lorsqu'il est irrité, peut, comme dans les cas précédens (obs. VI), réagir au loin et déterminer des phénomènes névralgiques. Serait-ce chez notre malade l'hypertrophie du ventricule gauche qui aurait eu une influence morbide sur les ramuscules des nerfs cardiaques? ou ceux-ci, participant à la lésion du cœur, auraient-ils communiqué aux autres parties de l'arbre nerveux, qui ont donné lieu à des symptômes, la lésion dont ils auraient été ainsi le siége primitif? Cela est possible, mais cette explication, qui satisfait l'esprit, n'est pas appuyée sur des preuves matérielles.

OBSERVATION X.

Une femme âgée de 39 ans, d'une constitution assez robuste, entra l'automne dernier à la clinique de la Pitié. Elle était depuis six mois atteinte de douleurs très-aiguës augmentant par les mouvemens et par la pression, et ayant leur siége dans les articulations de l'épaule, du bras gauche, et dans la cuisse droite. Ces parties étaient légèrement tuméfiées, mais pâles. En même temps, accélération dans le pouls, chaleur à la peau, soif vive. Indépendamment de ces douleurs articulaires continues, la malade éprouvait à peu près toutes les demi-heures, et à des intervalles assez réguliers, une sensation de fourmillement, d'engourdissement, semblable à celle qu'on ressent lorsqu'on se heurte la partie postérieure du coude, et qui se prolongeait dans toute l'étendue de la partie interne du bras, de l'avant-bras et de la main. Cette malheureuse jetait des cris perçans et troublait le repos des autres malades. Les sangsues en grand nombre, les cataplasmes, les vésicatoires, l'hydrochlorate de morphine en application extérieure sur la surface dénudée, le datura stramonium, etc., rien ne réussit à calmer ni les douleurs articulaires, ni celles qui avaient le caractère névralgique.

Se fondant sur la forme intermittente que présentaient ces dernières douleurs, on administra le sulfate de quinine à la dose de douze grains divisés en trois prises; la première, au moment où l'accès venait de finir; la seconde, quelques minutes plus tard, et la troisième, après l'accès suivant. Dès le lendemain, les accès étaient éloignés et beaucoup moins forts; le même moyen fut continué, et les douleurs névralgiques se dissipèrent. Il n'en fut malheureusement pas ainsi des douleurs articulaires. Celles-ci continuèrent avec la même violence, et quinze jours après, la malade fut dirigée vers l'hôpital Saint-Louis pour y subir un traitement par des bains de vapeur.

Ici des douleurs névralgiques paraissent avoir été la conséquence de la souffrance des articulations du bras; soit que l'inflammation se soit communiquée aux troncs nerveux, soit que la compression de ceux-ci par l'engorgement des parties molles ait troublé leurs fonctions, toujours est-il que la lésion des nerfs du bras a été consécutive. Remarquons que la cause a encore été matérielle, continue, et que la souffrance nerveuse a été intermittente. Enfin, le sulfate de quinine a remédié à ces douleurs périodiques et n'a eu aucune action sur celles qui étaient continues et dont les jointures étaient le siége.

OBSERVATION XI (1).

La femme Francon, âgée de 46 ans, brodeuse, à la suite de douleurs de tête assez violentes et d'une aménorrhée, éprouva un affaiblissement de la vue qui, en moins de six semaines, fut suivi d'une cécité complète. On employa sans succès la pommade de Gondret, les vésicatoires sur la tête, le séton, divers sels de morphine par la méthode endermique et les purgatifs. Un névrôme fut reconnu dans le cuir chevelu; l'extirpation en fut faite et ne guérit pas. Cette malheureuse, réputée incurable, entra à la Salpêtrière portant une double lésion, l'amaurose et des douleurs très-vives dans la tête, qui, d'abord non continues, le devinrent ensuite.

Depuis six mois, ces douleurs ne cessent jamais complétement, mais il y a des exacerbations très-intenses. Alors elles sont lancinantes et comparables à la douleur qu'on éprouve lorsqu'on se heurte le coude; quand elles sont apaisées, elles ne consistent plus que dans une sorte de fourmillement. Alors elle se fait sentir dans toute la tempe droite et la région frontale du même côté; mais quand elle est plus vive, elle envahit presque tous les tégumens de la tête, qui sont alors très-sensibles à la pression. Quelquefois la douleur a changé de place et s'est fait sentir à gauche. Les exacerbations se sont de plus en plus prolongées et durent quelquefois une journée ou une nuit entière. Le goût et l'odorat sont sains; mais il y a souvent des battemens et des tintemens dans l'oreille du côté affecté. La perte de la vue, qui a été précédée de quelques étourdissemens, est telle que la malade ne distingue pas le jour de la nuit; mais l'œil paraît très-sain, la pupille est d'un beau noir, très-peu dilatée, et l'iris se contracte sous l'influence du passage de l'obscurité à la lumière. Plusieurs médecins avaient varié d'opinion sur la cause qui présidait aux douleurs; les uns les rapportant à une lésion organique du cerveau, les autres au rhumatisme. M. Piorry y reconnut une névralgie de la cinquième paire, consécutive à un névrôme qui avait existé dans le cuir chevelu et

(1) Recueillie par M. Bergeon.

qui avait été extirpé sans que pour cela les douleurs cessassent. La cécité avait été pour lui la conséquence de la lésion de la cinquième paire, et comme il y avait plusieurs dents cariées dans les mâchoires, il soupçonnait que le point de départ de tous les accidens pouvait bien avoir été les dents malades.

Le 24 novembre 1832, application de quinze sangsues derrière chaque oreille et d'un cataplasme de taffetas gommé sur la tête. Le lendemain, les douleurs sont un peu moins vives. Les cataplasmes sont continués jusqu'au 11 décembre. Depuis quelques jours, les exacerbations avaient lieu le soir à des heures fixes, et se prolongeaient pendant la nuit. Le 12, vingt grains de sulfate de quinine en trois doses, et continuation de ce moyen pendant les trois jours suivans. L'heure des accès change, retarde, et leur caractère est entièrement changé. Il n'y a plus qu'un sentiment d'oscillation, de cuisson très-supportable, et cela seulement pendant une ou deux heures, tandis que les élancemens précédens duraient huit ou dix heures.

Le 17 décembre, trente sangsues derrière les oreilles; soulagement marqué, suspension du sulfate de quinine, pour que la malade ne s'y accoutume pas. Le 19, ce sel est repris à la dose de vingt-cinq grains; on le continue ainsi pour le quitter et le reprendre encore, toujours à doses élevées, et ce médicament ne produit aucun signe d'irritation gastro-intestinale. Dans les derniers jours de décembre, la malade avait à peine de légères cuissons pendant une demi-heure, et ne souffrait aucunement pendant les accès. Depuis, il y a eu, à l'occasion des règles, une augmentation dans les accidens, mais qui n'a pas eu de durée, et le mieux-être s'est maintenu. La vue est restée dans le même état.

Voici encore un cas où une lésion matérielle et saisissable a accompagné la première invasion des phénomènes névralgiques, ou a promptement coïncidé avec elle. Un névrôme a existé dans le cuir chevelu; il déterminait des douleurs vives; une fois enlevé, la maladie n'a pas été guérie, et s'est reproduite dans les filets qui correspondaient avec lui. Les yeux plus tard ont été paralysés. Toutefois, ces organes semblent pour l'anatomiste exempts de toute lésion; la pupille n'est pas dilatée, l'iris a conservé toute sa mobilité. La malade distingue encore le jour de la nuit. La névralgie occuperait-elle donc des filets de la cinquième paire, et son influence sur les nerfs des yeux aurait-elle entraîné la perte de la vue? D'un autre côté, les dents supérieures sont profondément cariées et cette lésion date à peu près de l'époque où les douleurs du névrôme ont commencé. Y a-t-il eu quelque relation entre ces faits, comme on serait porté à le croire, en se rappelant les sixième et septième observations, desquelles on peut rapprocher le fait suivant : Une dame éprouva pendant plusieurs mois une ophtalmie rebelle qui ne céda

qu'à l'évulsion d'un grand nombre de débris de racine contenues dans l'arcade dentaire supérieure. Comme il fallut faire cette évulsion à plusieurs reprises, il arriva que toutes les fois qu'on arrachait une racine, l'ophtalmie s'exaspérait pour se calmer les jours suivans, et pour disparaître lorsque tous les débris de dents furent arrachés.

Remarquons encore que la combinaison du traitement antiphlogistique et de l'emploi du sulfate de quinine a eu dans ce cas le plus heureux effet.

OBSERVATION XII.

La veuve Brachet, âgée de 67 ans, ayant eu neuf enfans, habitant un dortoir salubre, atteinte d'une double cataracte, entra à l'infirmerie de la Salpêtrière le 16 novembre 1832. Elle avait éprouvé dans l'épaule gauche une douleur très-vive il y a quatre ans, et une application nombreuse de sangsues que je lui avais fait faire avait, dit-elle, fait dissiper le mal comme par enchantement. Dans les premiers jours d'octobre, et lorsque je faisais le service de la clinique à la Pitié, une douleur très-vive avait eu lieu dans l'épaule droite, et on avait appliqué sur cette partie un emplâtre de poix de Bourgogne, dont la malade se plaignait beaucoup, et qu'elle accusait d'avoir exaspéré les douleurs. Celles-ci étaient, en effet, devenues intolérables. Elles étaient, au 16 novembre, continues, offrant cependant quelques exacerbations, pendant lesquelles elles se propageaient, non-seulement à la partie latérale du cou, mais encore dans tout le bras, l'avant-bras et la main du même côté; elles s'étendaient même sous l'aisselle jusque vers la région du foie.

« Le diagnostic, dit M. Bergeon, qui a recueilli cette observation, parut d'abord difficile. La maladie pouvait, en effet, être prise pour une hépatite, une pleurésie, une pneumonie, un ramollissement cérébral, un rhumatisme, ou enfin une simple névralgie du plexus brachial. Se servant de la méthode de l'exclusion, on parvint bientôt, à l'aide de signes négatifs, à rejeter les premières maladies, mais il pouvait y avoir du doute entre le rhumatisme et la névralgie brachiale. Cependant M. Piorry se prononça affirmativement pour la névralgie, parce que la malade comparait les douleurs de l'exacerbation au sentiment que l'on éprouve quand on vient à se heurter le coude sur le trajet du nerf cubital. D'ailleurs, l'articulation scapulo-humérale n'était ni rouge, ni tuméfiée. »

Le 16 novembre, application de trente sangsues sur le point douloureux, diète, repos. Le lendemain, très-grande amélioration. Le 18 novembre, vingt-cinq nouvelles sangsues enlèvent complétement la douleur. On se borne à l'application de cataplasmes; il ne survient pas de nouveaux accidens, et la malade, rendue à la santé, reste encore quinze jours à l'infirmerie.

Ici l'on n'a pu trouver de causes matérielles à la névralgie; seulement, on la voit devenir beaucoup plus vive à la suite d'une application irritante sur les tégumens qui recouvrent la partie douloureuse. La maladie avait déjà cédé une première fois à une application de sangsues. Lorsqu'elle entra à l'infirmerie, il y avait six semaines que les souffrances allaient en augmentant; elles étaient continues, mais il y avait des exacerbations; une première application de sangsues diminua de beaucoup la douleur, qu'une seconde évacuation locale de sang fit entièrement dissiper.

OBSERVATION XIII (1).

La femme Raymond-Berlet, âgée de 62 ans, entra le 10 juillet à la clinique de la Pitié pour une diarrhée assez forte, accompagnée de quelques coliques et de ténesmes.

Elle éprouva subitement, dans la nuit du 14 juillet, une vive douleur tout le long du trajet du nerf sciatique gauche. Elle comparaît cette douleur à celle que l'on éprouve lorsqu'on se heurte le coude au niveau du nerf cubital; cette souffrance s'étendait au moment de la visite à la jambe et au pied; elle était très-vive, continue, mais il y avait des momens où son intensité augmentait encore. Trente sangsues sont appliquées sur le point correspondant à la sortie du nerf sciatique, et un cataplasme est placé après leur chute : diète absolue.

Le 15, les douleurs se réduisent à quelques fourmillemens dans le mollet et dans le pied du côté gauche : quinze nouvelles sangsues en dehors de la jambe, cataplasme, le quart.

Les 16, 17 et 18, point d'accidens, guérison parfaite; la malade marche sans douleur.

Le 19, sortie de l'hôpital.

Voici le cas de névralgie le plus simple que l'on puisse supposer. La maladie était récente, elle était continue, et elle a cédé tout aussitôt aux évacuations sanguines. Ici on ne rencontre pas encore de causes matérielles. Y aurait-il eu cependant métastase de l'inflammation de l'intestin vers le nerf sciatique, ou des rapports de contiguité entre le rectum enflammé et le plexus sciatique pourraient-ils rendre compte de la propagation de l'irritation de l'intestin vers le nerf? Toujours est-il que chez les femmes atteintes de cancer utérin dont l'ulcération a intéressé le rectum, les douleurs sciatiques sont intolérables?

(1) Recueillie par M. Grand.

OBSERVATION XIV.

Mme de la H..., femme de 40 ans, mince, maigre, à membres grêles, d'une constitution délicate, et très-irritable, éprouvait depuis plus de six mois des douleurs dans le côté droit de la mâchoire inférieure. Ces douleurs étaient insupportables, continues, mais la nuit elles étaient encore plus fortes. Elles partaient, comme un trait de la région voisine du conduit auditif au-dessous de l'oreille, et se portaient dans tout le côté correspondant de la face jusque vers la bouche, qui se trouvait agitée alors de légers mouvemens spasmodiques. Ces douleurs ressemblaient exactement à celles que l'on ressent lorsque l'on se heurte au coude. C'était une sorte de frémissement, de vibration qui semblaient s'étendre du tronc vers les extrémités des filets de la portion dure de la septième paire. Le facies habituel exprimait la douleur, et la commissure des lèvres à droite était légèrement tiraillée en dehors et en haut.

On avait employé sans succès une infinité de moyens, l'opium, les pilules de méglin, les antispasmodiques, l'éther, etc.; et le 12 mai 1828, les douleurs étaient portées à leur summum d'intensité.

On n'avait point employé de saignées locales, et cela parce que les médecins qui soignaient cette malade redoutaient les pertes de sang chez une femme aussi débile et présentant les caractères du tempérament dit nerveux. Cette crainte paraissant peu fondée, trente sangsues sont appliquées au-dessous de l'oreille, du côté malade; cataplasme de farine de graine de lin, bain général, infusion de fleurs de tilleul.

Le lendemain matin, 13 mai, plus de douleurs.

Dans la nuit du 13 au 14, réapparition des accidens qui ont lieu à minuit et l'époque où l'exacerbation habituelle survenait.

Le 14 au matin, cessation de la douleur qui reparaît dans la nuit du 14 au 15, à la même heure que la veille.

Le 15, dix grains de sulfate de quinine en trois doses, et continuation de ce moyen les jours suivans. La douleur cesse, les accès ne reparaissent plus. Cette dame, que M. le docteur Hureau eut la bonté de voir pendant une courte absence que je fis, était guérie le 29 mai, et je me suis assuré qu'au mois d'août suivant la maladie ne s'était pas reproduite.

Dans ce cas il paraît évident que la portion dure de la septième paire de nerfs a été affectée. On retrouve ici tous les caractères des douleurs nerveuses; les exacerbations de la nuit doivent être surtout notées sous le rapport de leur apparition aux mêmes heures où se dessinent plus tard les accès névralgiques; il semble que les sangsues ont enlevé assez de la souffrance du nerf pour faire disparaître toute la douleur existant entre les exacerbations, mais qu'elles n'ont pu détruire entiè-

rement celles plus énergiques qui ont lieu pendant les accès. Remarquons encore la régularité d'abord de la rémittence, puis de l'intermittence dans une affection évidemment névralgique, et surtout la rapidité avec laquelle le sulfate de quinine a paru prévenir les accès ultérieurs.

Du reste, chez M[me] de la H...., aucune cause matérielle ne paraissait entretenir l'irritation du nerf, et la disposition éminemment nerveuse de cette dame semblait devoir faire considérer l'affection dont elle était atteinte comme différente d'une névrite. Cependant trente sangsues font disparaître les accidens d'une manière prompte : il est vrai qu'il fallut avoir recours ensuite au sulfate de quinine ; mais le bon effet des évacuations sanguines ne fut pas douteux, et prouve que les individus nerveux peuvent, dans quelques cas, se trouver tout aussi bien que d'autres des évacuations sanguines. M. le professeur Fouquier m'a dit aussi avoir observé plusieurs cas où des affections continues, traitées par des saignées, avaient pris le type intermittent, et qu'alors le quinquina avait prévenu le retour des accès.

L'observation suivante peut être, sous plusieurs rapports, rapprochée de celle-ci.

OBSERVATION XV.

Une dame de 37 ans, d'une constitution faible et très-nerveuse, éprouva dans les mâchoires des douleurs vives que l'on attribua à des maux de dents : elles reparurent tous les jours à des heures indéterminées, et finirent par revenir à une heure à peu près fixe. Elles commençaient de 6 à 8 heures du soir, et se prolongeaient jusqu'à 2 ou 3 heures du matin. Ces douleurs étaient déchirantes ; des vomissemens violens s'y joignirent. Le point de départ était le nerf facial. La sensation douloureuse commençait à la sortie de ce nerf par le trou stylo-mastoïdien, et se prolongeait à la région temporale à la joue, aux lèvres et à la partie supérieure du cou. La bouche était un peu tournée du côté malade. La malade guérit en peu de temps sous l'influence du sulfate de quinine (1).

Dans deux cas de névralgie, l'une ayant son siége dans le nerf sous-orbitaire, l'autre de névralgie poplitée avec le type tierce, M. Dupré de Cerisiers vit aussi les accès cesser à la suite de l'emploi du sulfate de quinine. M. Piédagnel a aussi réussi dans un cas de névralgie sus-orbitaire intermittente, traitée par le même médicament.

---

(1) Ribes. Observation de névralgie du nerf facial, dans le *Journal de physiol.* de M. Magendie, t. II, p. 219.

OBSERVATION XVI.

Une femme septuagénaire entra à l'infirmerie lors de l'épidémie de grippe qui précéda l'invasion du choléra en 1831. Elle avait éprouvé dans sa jeunesse des accès qu'elle disait être d'épilepsie, et qui paraissaient avoir été tels; pendant leur durée elle écumait, et lorsqu'ils étaient dissipés elle ne se ressouvenait pas de ce qui lui était alors arrivé. Ces graves accidens n'avaient plus lieu, mais depuis fort long-temps elle était atteinte de douleurs excessives dans les arcades dentaires et dans les joues : c'étaient des élancemens, des fourmillemens qui subitement se faisaient sentir dans ces parties. En même temps la bouche s'ouvrait par une sorte de bâillement, et restait dans cet état, de la même manière que dans la catalepsie. Cet accident durait cinq minutes, après lesquelles tout était disparu. Les accès, depuis plusieurs mois, allaient en se rapprochant, finissaient par avoir lieu tous les quarts d'heure, et, la nuit comme le jour, il n'y avait pas de repos.

Le sulfate de quinine, donné à la dose de 4 grains à la fin d'une des attaques, éloigna celle qui devait la suivre. On augmenta la dose de ce sel; les accès devinrent plus rares, ils n'eurent bientôt lieu que tous les huit jours, et ne consistèrent plus que dans des bâillemens sans douleur. Enfin cette femme sortit de l'infirmerie après avoir été plusieurs semaines sans éprouver d'accès.

Il est impossible de remonter ici à la lésion matérielle qui a pu présider à ces symptômes. L'analogie déduite des faits précédens porte à croire qu'il a dû en exister une. Mais il faut noter ici les anciennes attaques épileptiques chez ce sujet et la relation qui paraît avoir existé entre ces attaques et l'invasion plus récente de la névralgie. Remarquons encore que celle-ci était accompagnée de mouvemens cataleptiques fort singuliers. Cette observation semble conduire à rapprocher l'épilepsie, la catalepsie etc., des névralgies. Ici le quinquina a eu tous les honneurs du traitement. Ce fait prouve que quelque courte que soit l'intermittence, on peut encore, dans les maladies des nerfs comme dans les fièvres intermittentes, en profiter pour administrer avec quelqu'apparence de succès le sulfate de quinine.

OBSERVATION XVII (1).

La femme Gervais, âgée de 47 ans, journalière, entre au n° 10 de la salle Notre-Dame à la Pitié, le 28 mai 1832. Elle éprouve depuis deux mois, dans la partie postérieure de la tête, des douleurs très-vives. Ce sont

(1) Recueillie par M. Balme Dugaray.

des élancemens violens, des fourmillemens, des engourdissemens qui se font sentir à la superficie de la tête et qui, partant comme un trait d'un seul point, s'étendent au loin avec une grande rapidité. La maladie a successivement envahi le côté droit de la tête, le pourtour de l'orbite, l'oreille du même côté et l'arcade dentaire. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que la douleur, qui ressemble à celle de l'odontalgie et au sentiment pénible qu'on éprouve quand on se heurte le coude, est beaucoup plus vive lorsque la malade est levée que dans l'attitude horizontale; le plus souvent même ce n'est que dans le premier cas qu'elle se fait sentir. L'examen du cuir chevelu n'y fait trouver ni tumeur ni rougeur, et la sensibilité à la pression n'est pas plus grande là qu'ailleurs. Du reste, l'état général de cette femme est satisfaisant. Ses yeux sont faibles, douloureux, et aussitôt qu'elle veut lire, il semble qu'un nuage cache la ligne qu'elle regarde. On avait inutilement appliqué en ville quelques sangsues derrière les oreilles et un vésicatoire à la nuque.

Le 29, trente sangsues, cataplasme, pédiluve sinapisé, infusion de coquelicot, le quart pour alimens. Point d'amélioration.

Le 1er juin, le sulfate de quinine est donné sans succès à la dose de dix grains; il n'y a pas eu d'intermittence; seulement on avait remarqué que de légères exacerbations avaient eu lieu la nuit. En prescrivant ce médicament on espérait peu de son emploi.

Le 2, un demi-grain d'acétate de morphine, puis un grain, sont placés sur la peau dénudée par un emplâtre épispastique appliqué près du lieu douloureux. Presque pas de soulagement.

Le 6, on fait recouvrir la tête avec une flanelle et par-dessus on applique une calotte de taffetas gommé. Point d'amélioration.

Le 7, un épais cataplasme est placé très-chaud sur la tête et recouvert de taffetas gommé.

Le 8, soulagement très-grand. La malade peut se lever sans souffrir, ce qu'elle n'avait pas fait depuis long-temps.

Le 9, continuation du mieux-être; cependant les mouvemens de la face sont douloureux.

Continuation des souffrances jusqu'au 12, mais à un très-faible degré; alors colique, dévoiement de liquides comme dans le choléra; nombreuses selles le jour suivant, face cholérique, refroidissement des extrémités, pouls filiforme, hoquet.

Traitement par la diète, la ventilation, les sangsues, l'infusion très-légère de thé chaud, etc., et retour gradué à la santé.

Le 21, convalescence assurée. Il n'y a plus de douleur de tête.

Le 23, guérison de la céphalalgie et de tous les symptômes cholériques. La malade sort de l'hôpital dans un très-bon état de santé.

Les douleurs dont cette femme était atteinte avaient la plupart des caractères des névralgies. Il y a encore ici quelque circonstance maté-

rielle qui leur donne lieu. Probablement, la contraction des fibres musculaires, soit de l'occipito-frontal, soit des muscles de la région postérieure et inférieure du crâne, n'est pas étrangère à la réapparition de la névralgie. C'est, en effet, à l'occasion des mouvemens qu'exige la station, que les accidens surviennent. La nature des douleurs, leur ténacité dans le même lieu, éloignent, écartent l'idée de l'existence d'une irritation des muscles. Ici les évacuations sanguines échouent, mais on n'obtient pas plus de résultat de l'application des vésicatoires, de l'hydrochlorate de morphine placés à leur surface. De simples cataplasmes sur la tête produisent cependant un soulagement marqué, tant il est vrai que les moyens les plus simples réussissent quelquefois mieux que ceux qui paraîtraient devoir être plus actifs. Mais ce qui mérite surtout de fixer l'attention, c'est cette attaque de choléra typhoïde suivi d'évacuations abondantes, sous l'influence desquelles les douleurs de tête disparaissent d'une manière complète. Jamais saignée n'eût fait perdre autant de liquides que les évacuations cholériques, et tout porte à croire que c'est d'une manière analogue aux pertes de sang que dans cette circonstance le choléra a agi. Les partisans de la médication drastique, qui dans ces derniers temps se sont si fort effrayés des résultats des saignées, devraient bien voir que les évacuations qu'ils produisent par les purgatifs n'exténuent pas moins que les pertes de sang; que n'évitant pas les mêmes inconvéniens, que d'ailleurs ils exagèrent, ils font une médecine hasardeuse et portent sur les intestins des médicamens qu'ils avoueront au moins être quelquefois dangereux.

Les observations précédentes ont été choisies dans un assez grand nombre d'autres qu'il serait trop long de reproduire. Seulement, ajoutons que, dans deux cas de sciatique ancienne, où les évacuations sanguines et les vésicatoires avaient échoué, l'huile essentielle de térébenthine, administrée suivant la méthode de M. Martinet, a eu le plus heureux résultat.

Il est bon de rapprocher des cas de névralgies qui font le sujet de ce mémoire, les faits suivans : 1° Lors du passage de la tête du fœtus, au moment de l'accouchement, et quelquefois même pendant la grossesse, lorsque la tête pèse sur le petit bassin, les femmes éprouvent des douleurs vives, assez analogues à celles que l'on ressent lorsqu'on se heurte le coude, et qui s'étendent dans tout le trajet des nerfs sciatique et

crural ; 2° chez un nombre d'incurables de la Salpêtrière, atteintes de cancer utérin, nombre qui ne s'élève peut-être pas à moins de cent, des douleurs analogues existaient dans les nerfs sciatiques, surtout lorsque l'engorgement s'étendait en arrière et que le rectum, ainsi que les tissus d'alentour, étaient intéressés ; elles avaient lieu dans les nerfs cruraux lorsque la lésion s'étendait principalement vers la vessie et les dépendances de l'utérus ; 3° sur beaucoup d'autres cancérées, dont la mamelle était atteinte, et où des engorgemens squirrheux existaient sous l'aisselle, il y avait des douleurs analogues aux précédentes dans l'étendue des nerfs du bras correspondant ; 4° sur une femme dont le rachis était depuis plusieurs années déformé, tuméfié et incurvé vers la région lombaire, il y a des douleurs atroces depuis le même temps, qui s'étendent des vertèbres lombaires au siége, aux nerfs sciatiques des deux côtés et à leurs nombreuses ramifications. L'opium à haute dose à l'intérieur pouvait seul depuis long-temps produire quelque calme ; l'application d'un graiu d'hydrochlorate de morphine par la méthode endermique fut suivie d'un soulagement manifeste.

Ajoutons encore à ces faits l'observation suivante, dont les détails viennent de m'être remis, au moment où je corrige les épreuves de ce travail, par deux de mes élèves.

OBSERVATION XVIII (1).

Une femme âgée de 58 ans était couchée au n° 8 de la salle Sainte-Marthe de la Salpêtrière. Elle éprouvait depuis plus de six semaines un engourdissement douloureux avec gêne des mouvemens de la cuisse droite et le long du trajet du nerf sciatique. Ces symptômes devenaient d'autant plus prononcés qu'elle restait plus de temps dans la même position, et qu'elle faisait des efforts pour remuer dans son lit. Souvent il y avait des accès ou des douleurs plus vives, semblables à celles qu'on éprouve lorsqu'on se heurte le nerf cubital au coude, mais ces accès n'avaient pas de durée.

A la fin du mois de février 1830, M. Piorry fit inutilement appliquer sur le trajet du nerf des vésicatoires d'une forme allongée ; l'état de la malade empira. Le plessimètre fit découvrir dans le bas-ventre de la matité en rapport avec des matières contenues dans le rectum et dans le colon descendant. Le doigt, introduit dans le premier de ces intestins, rencontra une grande quantité de fèces en-

(1) Recueillie par MM. Vidal (de Poitiers) et Shrimpton.

durcies. Ce fut inutilement qu'on eut recours pour les extraire à des lavemens purgatifs ; il fallut vider mécaniquement le rectum, puis avoir de nouveau recours à des purgatifs. Aussitôt les douleurs sciatiques se calmèrent, et elles se dissipèrent les jours suivans.

Ce fait n'a pas besoin de commentaires. Il est évident que, dans ce cas, les douleurs paraissent être liées à la compression que les matières stercorales exerçaient sur le plexus sciatique, et qu'il a suffi de leur extraction pour que la guérison ait lieu.

Jeffryes, enfin, vit chez une jeune fille de 20 ans une névralgie faciale causée par un morceau de porcelaine qui était resté dans la joue à la suite d'une chute. L'extraction de ce corps étranger amena la guérison. Et M. Yvan vit une névralgie du nerf poplité externe suivre une blessure par une balle qui avait frappé la partie externe de la jambe, à la réunion du tiers supérieur avec les deux autres tiers inférieurs de ce membre.

Dans tous les cas qui viennent d'être cités, des lésions matérielles ont existé dans les nerfs malades. La compression, l'extension de l'irritation aux filets nerveux ne peut guère être révoquée en doute, et cependant lors de la nécropsie de plusieurs des cadavres des cancérées précédemment citées, on ne trouva point que les cordons nerveux fussent différens de ce qu'on les trouve chez les femmes qui ne présentent pas ces symptômes.

Ces faits, et beaucoup d'autres que la science possède, conduisent naturellement aux réflexions qui vont suivre, et qui, pour abréger, seront présentées sous la forme aphoristique.

DE LA NATURE DES NÉVRALGIES.

1° De ce que le plus souvent on n'a pas trouvé à la mort, dans les cas de névralgie, de lésion appréciable dans les nerfs (Martinet, Andral), on ne peut pas dire qu'il n'ait point existé dans ceux-ci une irritation et même une hypérémie. Dans la plupart des cas de pharyngite observés quelque temps avant la mort, on n'en trouvait plus, à la Salpêtrière et à la Pitié, d'indice sur le cadavre. S'il en est ainsi des membranes muqueuses, à plus forte raison peut-il en être ainsi des nerfs.

2° Le travail morbide qui a lieu dans un tronc nerveux peut attaquer isolément les nombreux filets qui le constituent, et qui sont telle-

ment fins que le scalpel de l'anatomiste peut à peine les isoler. Comment donc juger de ces nuances de coloration de la pulpe des filets nerveux, coloration qui, dans l'encéphale, est considérée comme le caractère de tel ou tel état inflammatoire?

3° Les vaisseaux des filets nerveux sont si petits, que, pour apprécier leur hypérémie, il faudrait que leur calibre fût énormément augmenté.

4° D'un autre côté, le tissu cellulaire d'un nerf peut être rouge sans que les filets nerveux soient altérés ou enflammés.

5° Les causes qui agissent dans beaucoup de névralgies sont celles qui produisent dans d'autres organes des irritations et des hypérémies: une contusion (obs. 1, 2, 4); une pression (obs. 3, 18); un effort et des mouvemens musculaires brusques (obs. 5); une dent cariée irritant le filet nerveux qui s'y trouve (obs. 6, 7); une lésion organique du cœur (obs. 9); un rhumatisme articulaire qui, quoi qu'on en puisse dire, est bien une inflammation des jointures (obs. 10); une tumeur dans un nerf (obs. 11); une stimulation vive de la peau qui exaspère le mal (obs. 12); probablement l'extension de l'inflammation de l'intestin à celle du nerf (obs. 13); certains mouvemens des muscles de la tête qui agissent sur les nerfs voisins (observ. 17); la compression; l'extension de l'irritation qui accompagne le cancer; ou la compression que des glandes engorgées déterminent sur les nerfs; voilà bien des causes saisissables capables d'irriter les nerfs, et qui portent à croire, par analogie, que dans les observations 11, 14, 15, 16, où on n'a pu saisir de causes du même genre, c'est que, bien qu'elles aient eu lieu, on n'a pu les découvrir.

6° L'ensemble des symptômes ne distingue pas la névralgie de la névrite. Seulement l'une ne dure pas et l'autre persiste. C'est que dans le premier cas le travail morbide reste au premier degré, et qu'il arrive au second dans l'autre. L'une est peut-être à l'autre ce que la congestion cérébrale est au ramollissement du cerveau. Il est vrai que ce n'est pas encore là éclairer de beaucoup la question; car il y a beaucoup à faire et sur la congestion et sur le ramollissement de l'encéphale; mais enfin il y a ici plus d'une analogie qu'il est peut-être bon de se rappeler.

7° De ce que la douleur ne s'exaspère pas par la pression, de ce qu'elle varie, de ce qu'il y a des rémissions (Martinet), de ce qu'il n'y

a pas de rougeur, de chaleur, de tumeur, ou d'autres signes précurseurs (Rostan), on n'en pourra pas déduire qu'il ne s'agit pas d'une congestion ou d'une inflammation du nerf, car la pression n'est pas toujours douloureuse dans les parties congestionnées ou enflammées, car les hypérémies qui succèdent à une lésion nerveuse ou coïncident avec elle (obs. 8) sont sujettes à des variations et à des rémissions, car les nerfs ne sont pas apparens et on ne peut y observer des changemens de rougeur, de chaleur ou de grosseur; car enfin l'absence de signes précurseurs a lieu aussi dans beaucoup de phlegmasies. Aussi M. le professeur Andral dit-il que les caractères indiqués par les auteurs pourraient faire prendre une névralgie pour une névrite, *et vice versâ*. Ce médecin a cité avec raison, comme un meilleur moyen de distinguer ces deux affections l'une de l'autre, l'augmentation de volume du nerf douloureux dans la névrite, mais malheureusement dans la très-grande majorité des cas on ne peut la saisir.

8° Les résultats du traitement n'établissent pas non plus de différence tranchée entre ces deux affections, car dans les observations 5, 12 et 14, où il s'agissait de phénomènes absolument semblables à ceux des névralgies essentielles, les évacuations sanguines ont calmé les accidens, ou les ont guéris, ou les ont rendus intermittens de continus qu'ils étaient d'abord, et cela tout aussi bien que dans les névrites des observations 1re et 4e. D'un autre côté, le sulfate de quinine a réussi dans un cas où les symptômes intermittens semblaient se rapprocher beaucoup de la névrite (obs. 11), et avaient primitivement coïncidé avec une lésion physique du nerf, un névrôme; il parvint encore dans plusieurs cas à faire disparaître les symptômes que les sangsues avaient soulagés (obs. 6 et 14).

9° Ainsi, tout en admettant théoriquement que les névralgies sont deux degrés de la lésion des nerfs, ou même qu'elles sont dans leur nature essentiellement distinctes, il faut avouer que, dans l'état actuel de la science, on ne trouve pas que l'anatomie pathologique, les symptômes ou le traitement distinguent assez clairement ces deux états morbides, pour fonder des indications thérapeutiques très-différentes. A plus forte raison, en est-il ainsi du diagnostic qu'on a voulu établir entre la névromyélite et la névrilemmite. L'observation de Reil a été partout copiée ; il aurait bien mieux valu la répéter, et, jusqu'à temps qu'on fasse voir

le névrilemme d'un filet nerveux enflammé indépendamment de sa pulpe, *et vice versâ*, il sera permis de ne pas croire à ces distinctions subtiles qui, à coup sûr, ne sont pas nées d'observations cliniques rigoureuses.

10° Les névrômes indiqués par Galien, Valsalva, Petit, et sur lesquels MM. Dupuytren, Alexander, cité par Boisseau, Béclard, Descos, Andral, Schiffner, Cruveilhier, ont publié de si beaux travaux ou recueilli de remarquables observations, paraissent être quelquefois une suite du cancer, et d'autres fois du travail morbide qui constitue la névralgie et la névrite, qu'à leur tour ils entretiennent. Leurs symptômes sont les mêmes, mais ici le traitement est différent, parce qu'on reconnaît, à coup sûr, le point du nerf malade, et qu'une opération est, dans les cas où d'autres moyens échouent, tout-à-fait indiquée.

11° Il y a sans doute des distinctions à établir entre les névralgies ou entre les névrites, soit d'après la nature des causes qui y donnent lieu, soit d'après l'espèce de nerf atteint. M. Lembert, qui a fait des travaux si recommandables sur la méthode endermique, croit, d'après les faits qui lui sont propres, que certains nerfs qu'il croit plus vasculaires et qui président au tact et à la nutrition, tels que celui de la cinquième paire, sont plus disposés que les autres à la forme de souffrance *névrite*, et moins à celle *névralgie*, et que les évacuations sanguines sont plus utiles dans la souffrance des premiers que dans celle des seconds. C'est à l'expérience et aux recherches ultérieures sur les fonctions de tel ou tel nerf à décider sur cette opinion.

12° Toutes les fois qu'un nerf souffre assez pour donner lieu à des symptômes, il se manifeste une douleur spéciale qui se propage à toutes les ramifications nerveuses, et qui, dans d'autres cas que nous étudierons dans un autre mémoire, paraît remonter des rameaux vers le tronc. C'est un sentiment très-pénible d'engourdissement, de vibration, de fourmillement instantané, dont la durée est subordonnée aux diverses circonstances qui déterminent cette souffrance.

13° Si la cause qui donne lieu à cette souffrance cesse promptement d'agir, et si son intensité n'est pas portée à tel point qu'elle altère profondémnnt le nerf, la douleur se dissipe graduellement et tout revient à son type normal. (Compression du nerf cubital au coude, du nerf scia-

tique à la sortie du bassin ou dans l'espace poplité ; passage de la tête du fœtus dans le bassin, douleurs dans les nerfs sciatiques.)

14° Si une cause matérielle entretient la souffrance du nerf, la douleur persiste, ou si elle se dissipe momentanément, elle tend à se reproduire. Des exacerbations ont lieu de temps en temps, et souvent d'une manière périodique, car il en est de l'action nerveuse en maladie ce qu'on observe dans l'état de santé ; elle a quelque chose d'intermittent. (Carie d'une dent déterminant l'odontalgie ; tumeurs cancéreuses de l'aisselle et de l'utérus, irritant ou comprimant les troncs nerveux du bras ou de la cuisse ; tumeurs dans les nerfs ; faits de M. Serres à la Pitié, de M. le professeur Andral à la Charité, sur des tumeurs au voisinage des nerfs de la huitième paire et diaphragmatique.) Ici la douleur persiste tant que la cause n'est pas détruite, et elle est incurable tant que la cause ne peut être enlevée.

15° Cette douleur fixée d'abord au tronc ou au filet malade, peut s'étendre de proche en proche à d'autres filets nerveux (odontalgie suivie de névralgies variées de la face), ou encore elle peut se reproduire dans beaucoup d'autres parties de l'appareil de l'innervation (obs. 6). Dans ce cas, les névralgies secondaires peuvent être calmées, mais ce n'est que lorsque la maladie primitive est reconnue et guérie qu'on peut prévenir leur réapparition.

16° Consécutivement aux causes momentanées ou persistantes qui ont agi, le nerf peut être le siége d'une simple excitation qu'on ne peut guère concevoir, hors les cas d'anémie et de chlorose, sans une congestion des vaisseaux qu'il contient, puisque dans tous les organes stimulés les capillaires rougissent. Seulement, ce n'est ici que par analogie qu'on peut admettre ce fait, puisqu'on ne peut voir le nerf pendant la vie, et puisque la mort ne fait pas voir ce même nerf dans l'état où il se trouvait au moment de la douleur. Toutefois dans la névralgie irienne ou ophthalmique, aussitôt que les accidens commencent, les paupières et toutes les parties voisines sont congestionnées (*V.* le mémoire sur la migraine ophthalmique : du procédé opératoire à suivre dans la percussion médicale, et collection de mémoires). Si la maladie se borne à cette excitation et à cette congestion première, il n'y a que névralgie.

17° Quand une névralgie a long-temps duré, bien que la cause qui

l'avait déterminée soit détruite, il arrive quelquefois que la maladie a une grande tendance à se reproduire. Il semble qu'il y ait ici une sorte d'habitude qu'il est difficile de surmonter. C'est ainsi que chez la femme de la onzième observation qui portait un névrôme et que l'extirpation soulagea, la maladie reparut avec une grande ténacité.

18° Si la cause a agi avec force ou continuité, ou si la maladie est arrivée à un degré de plus, l'inflammation du nerf peut en être le résultat; de là la névrite qui peut être suivie ou accompagnée d'hypertrophie du nerf (cas observés par MM. Lobstein Martinet, Andral), de sang entre les filets du nerf sciatique ou du crural (Goupil), de pus déposé entre ses filamens (observations de MM. Martinet, Gallereux), de tumeurs dures d'apparence squirrheuse (névrômes), de la formation de petits kystes durs (Andral) remplis d'une sorte de gelée, de dégénérations encéphaloïdes, comme dans des cas observés par M. Dupuytren, relatifs à des tumeurs dans les nerfs tibial postérieur, trifacial, etc.

19° Les douleurs dans les troncs ou dans les filets nerveux ont un caractère spécial qui les distinguent de toute autre, *c'est de ressembler parfaitement à celle que l'on éprouve lorsqu'on se heurte le coude* (obs. 1re, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 14). Dans les cas douteux d'arthrite rhumatismale ou goutteuse, chronique, de musculite, etc., l'absence ou la présence de ce caractère dissipe les doutes, et il est important de tenir compte de ce fait dans l'interrogation des malades.

DU TRAITEMENT DES NÉVRALGIES.

D'après les faits consignés dans ce travail, et d'après les considérations précédentes, les indications à suivre et la marche à adopter dans le traitement des névralgies nous paraissent être les suivantes :

1° Rechercher avec le plus grand soin la cause matérielle ou organique qui a causé ou cause actuellement la névralgie ou la névrite, et la détruire quand il est possible de le faire. Exemple : évulsion des dents cariées (obs. 6, 7); prévenir certains mouvemens musculaires qui ramènent les symptômes (obs. 5); combattre les maladies des organes qui ont semblé donner lieu à la névralgie ou à la névrite (obs. 10, 13); enlever les tumeurs situées sur le trajet d'un nerf (obs. 3). Quand la cause organique est tout-à-fait au-dessus des ressources de l'art, se bor-

ner à des palliatifs (cancers utérins déterminant des douleurs nerveuses, etc.).

3° Si la maladie résiste après la destruction de la cause qui l'avait produite (obs. 4), ou si cette cause ne peut pas être reconnue (obs. 12); que la maladie soit récente (obs. 4) ou plus ancienne (obs. 13) chez les sujets robustes (obs. 4) et quelquefois même chez les personnes d'une constitution nerveuse (obs. 14), il sera convenable, avant tout autre traitement, de tenter les moyens antiphlogistiques : l'énergie de ceux-ci sera subordonnée, du reste, aux quantités de sang du sujet, reconnues par l'examen des artères, des veines et des capillaires, et par la percussion des organes riches en vaisseaux et susceptibles de contenir de grandes proportions de ce fluide. On pourra quelquefois tenter des saignées générales dont Cotugno s'est bien trouvé, et plus souvent on aura recours à de nombreuses sangsues, et non pas à quelques-unes seulement, sur le trajet du nerf malade, secondées d'ailleurs par le repos, les cataplasmes, et réitérées au besoin. Ceux qui redoutent tant les pertes de sang, ou ont bien mal étudié leurs effets, ou les ont vu employer avec peu de prudence, ou avec bien de la timidité. Que redoute-t-on donc des saignées? est-ce le moment actuel? mais si on prend les précautions indiquées dans un autre mémoire, la syncope ne peut devenir dangereuse (procédé opér. de la percussion, etc., page 249). Est-ce la faiblesse consécutive? mais si on n'a pas, au moment même, déterminé un affaiblissement trop grande, redouterait-on davantage celui qui doit suivre? Est-ce la longueur de la convalescence? mais dans quels cas l'a-t-on donc observée? serait-ce quand on aurait soumis à une diète rigoureuse ou à une alimentation incomplète des malades qui ont perdu du sang? A la Pitié, où on a beaucoup saigné, mais suffisamment nourri, le passage de la maladie à la santé a été le plus souvent subit. Les animaux qui avaient supporté de larges évacuations sanguines dans des expériences sur ce sujet, ont réparé promptement les pertes de fluides. Il ne faut donc pas tant redouter les saignées, mais il faut savoir les pratiquer et les graduer. Dans des mains prudemment hardies, elles ne sont pas dangereuses; elles ne le deviennent que dans celles de l'inexpérience et de l'exagération.

4° Si la maladie se calme, on continuera le même plan de traitement, mais en se rappelant bien que si les premières évacuations san-

guines ne sont pas dangereuses, il n'en est pas ainsi des suivantes (voyez le mémoire précité). Ces premiers moyens seront souvent suivis de la guérison radicale (obs. 4, 12, 13).

5° Lorsque les antiphlogistiques auront échoué, et si le caractère intermittent ne se prononce pas, c'est alors que les vésicatoires volans appliqués sur le trajet du nerf, et que la méthode de Cotugno, qui l'avait employée avec succès même pour le nerf cubital (*cujus modi*, dit-il, *exempla quinque habeo*), trouvera sa place. La forme du vésicatoire n'est pas indifférente; en général, il est bon que l'emplâtre épispastique soit étroit, très-long et dirigé suivant le trajet du nerf (obs. 4). Il n'est pas de praticien qui n'ait employé quelquefois ce moyen avec succès, et il *a réussi* dans plusieurs cas qu'il serait trop long de rapporter ici.

6° Dans plus d'une circonstance, cependant, les vésicatoires ne produisent pas l'effet qu'on en attend; alors la surface du derme mise à nu permet d'y appliquer des médicamens. C'est alors le cas de tenter les narcotiques par la méthode endermique, l'acétate et surtout l'hydrochlorate de morphine, le datura stramonium, la belladone, la jusquiame. Dans quelques cas nous nous sommes bien trouvés de l'emploi de ces moyens, et dans d'autres ils ont échoué. Une femme de la Salpêtrière éprouvait, depuis plusieurs jours dans le cuir chevelu, une douleur très-vive et qui paraissait névralgique; on prescrivit la dénudation de la peau par un vésicatoire, et l'application de l'hydrochlorate de morphine à la dose d'un grain après qu'on aurait enlevé l'épiderme. Le lendemain il n'y avait plus de douleur. On rejetait sur l'opium toute l'efficacité du remède. Or, il n'avait pas été appliqué, et le vésicatoire seul avait été posé. Pour éviter à l'avenir de rapporter à l'absorption ce qui appartient à l'action du vésicatoire lui-même, il conviendrait de faire appliquer une mouche d'emplâtre épispastique de deux lignes de diamètre et d'apposer ensuite les narcotiques sur cette petite surface dénudée.

Lorsque les narcotiques, tels que l'opium à l'extérieur, ont été sans résultat, c'est alors qu'on peut les employer à l'intérieur, soit qu'on préfère avoir recours à des injections dans le rectum, ou à leur administration dans l'estomac; mais ces moyens calment quelquefois et guérissent plus rarement.

7° Si les accidens reparaissent d'une manière périodique, soit après un jour (obs. 6, 12, 14), soit après quelques semaines (obs. 7), soit après quelques heures ou même moins (obs. 15); si sous l'influence des évacuations sanguines la maladie, de continue qu'elle était, et accompagnée seulement d'exacerbations, a pris un caractère d'intermittence (obs. 6, 11, 14, 15), c'est alors le cas d'employer le sulfate de quinine à haute dose, comme s'il s'agissait d'une fièvre intermittente. Ce n'est pas à des demi-mesures qu'il faut avoir recours, mais en donner dix, quinze et vingt grains en trois doses; la plus forte immédiatement après l'accès. S'il arrive que les paroxysmes suivans soient calmés ou retardés, il est bon d'augmenter encore ces quantités (obs. 18), ou de suspendre quelques jours l'emploi du sulfate de quinine pour recommencer ensuite tout d'un coup et en plus forte proportion (obs. 11). Dans quelques cas, il a semblé qu'une nouvelle évacuation locale de sang pendant l'accès le modérait, et qu'immédiatement après le sulfate de quinine avait plus d'action sur l'accès à venir.

8° Chez les sujets anémiques dont la peau et les lèvres sont pâles, chez les jeunes femmes dont les organes contiennent peu de sang, le sous-carbonate de fer a, dans quelques cas, les plus heureux effets, surtout lorsque les règles vont mal, et que le sang des menstrues est pâle. Alors il faut se donner garde d'avoir recours aux évacuations sanguines. De la même manière que le cerveau, dans la syncope et l'anémie, donne lieu à des symptômes assez analogues à ceux de la congestion (V. *Mémoires sur l'apoplexie et la syncope*, procédé opér., pag. 285), ainsi des nerfs, dans les cas de défaut de sang, peuvent être, s'ils sont irrités, le siége de douleurs névralgiques semblables à celles qui accompagnent l'irritation avec congestion.

9° Quand tous ces moyens ont été inutiles et que ce traitement rationnel a échoué, c'est alors qu'on est obligé d'avoir recours à la médecine empirique, et dans l'ordre de préférence qu'on doit donner, il paraît convenable de commencer par les moins dangereux : les pilules de Méglin, qui a publié neuf observations remarquables et qui ont réussi dans les mains de beaucoup de praticiens; l'huile essentielle de térébenthine, que M. Martinet a employée avec tant de succès, etc., etc.

10° Enfin la cautérisation du nerf, comme le faisait André, ou sa section, que Galien dit avoir été pratiquée, que Nuck a conseillée, et que Maréchal, Louis, Pouteau, Guérin, Delpech, etc, opérèrent avec des succès variés. On trouvera d'ailleurs dans un mémoire remarquable et riche d'érudition, qui vient d'être publié par M. Halliday, et que je viens de lire après avoir achevé ce travail, des recherches intéressantes sur cette dernière partie du traitement ainsi que sur d'autres points de l'histoire des névralgies.

MÉMOIRE

SUR

LA NATURE ET LE TRAITEMENT

DE

PLUSIEURS NÉVROSES,

ET SUR

L'ANALOGIE QUI EXISTE ENTRE ELLES ET LES NÉVRALGIES.

MÉMOIRE

SUR

LA NATURE ET LE TRAITEMENT

DE PLUSIEURS NÉVROSES,

ET SUR

L'ANALOGIE QUI EXISTE ENTRE ELLES ET LES NÉVRALGIES.

La première difficulté qui se présente lorsqu'on veut parler des névroses, c'est de savoir quelles sont les maladies qu'il faut considérer comme telles, et de déterminer si la manie, la démence, sont des affections analogues à l'hystérie et à l'épilepsie, ou bien encore au pyrosis, au pica, ou à la malacie. D'après les idées qui, plus tard, seront développées, il ne paraît pas devoir en être ainsi. Du reste, ce travail ne se rapporte qu'à quelques-unes des maladies réunies sous le nom de névroses, c'est-à-dire à l'hystérie, à l'épilepsie, au tétanos et à l'hydrophobie, auxquelles on peut joindre l'iralgie ou migraine ophthalmique, dont l'histoire tracée dans un autre Mémoire (1) est peut-être de quelque utilité dans l'étude des phénomènes hystériques, épileptiques, etc. Si les idées avancées dans ce travail, appuyées d'ailleurs sur des faits nombreux, étaient admises comme justes et fondées, elles pourraient peut-être conduire un jour à la solution de quelques questions relatives aux autres névroses.

L'anatomie pathologique est loin d'avoir autant éclairé

---

(1) *Collection de Mémoires, et Procédé opératoire de la Percussion médiate*; chez J.-B. Baillière.

l'histoire des affections précédentes, que celles de beaucoup d'autres maladies. La plupart des lésions organiques qu'on a trouvées dans la névrose, ont été regardées comme de simples coïncidences, ou comme des résultats, par un grand nombre d'observateurs. Aucun désordre constant, spécial, matériel, n'a été observé dans l'encéphale et ses dépendances.

Ce fait est d'abord bien établi pour l'hystérie; presque jamais, lorsqu'elle est récente et simple, on ne meurt de cette affection; de sorte que le plus souvent, on n'a pu apprécier l'état matériel du cerveau que chez des femmes qui avaient éprouvé pendant long-temps des attaques d'hystéries compliquées, dégénérées, et qui avaient pu entraîner à leur suite des lésions organiques cérébrales, étrangères à la première apparition des accidents. Georget n'a pas pu donner la preuve anatomique de son opinion, que le cerveau est le point de départ des accidents hystériques; et nous verrons bien tôt que les faits physiologiques et les analogies tendent presque tous à infirmer sa manière de voir.

On a eu plus souvent l'occasion d'ouvrir des épileptiques qui venaient de succomber pendant leurs attaques, et alors on a trouvé, comme un phénomène à peu près constant, l'injection, la congestion des vaisseaux cérébraux. Mais M. Foville, qui a très bien étudié ces faits, a remarqué aussi que l'épileptique, dans ces cas, meurt asphyxié, et il a noté l'écume qui pénètre alors dans la trachée. Or, dans l'asphyxie, les vaisseaux cérébraux sont gorgés de sang; or, les épileptiques meurent asphyxiés; donc la rougeur, l'injection veineuse, le sablé, le pointillé, etc., de la substance blanche, peuvent être tout aussi bien l'effet du défaut d'oxygénation du sang, que de l'épilepsie. Si c'était, dit il, la congestion qui déterminât l'épilepsie, on ne verrait pas celle-ci se dissiper le plus souvent au moment où celle là

est portée au plus haut point d'intensité, et lorsque les artères du cou battent avec le plus de violence.

Les innombrables lésions cérébrales trouvées à la suite de l'épilepsie dont les attaques ont été nombreuses et compliquées, soit de troubles intellectuels, soit de paralysie musculaire, peuvent encore n'avoir été qu'un résultat, ou seulement une prédisposition à la maladie. Soit que le crâne ait été épaissi (Lorry, Bonté), ou déformé (Morgagni, Bonté); soit qu'il y ait eu des tumeurs développées à sa surface interne ou sur la dure-mère; soit que la substance cérébrale soit devenue plus ferme (Morgagni, Meckel) ou ramollie; soit que ces altérations aient eu sur-tout lieu dans la substance blanche (Bouchet et Cazauvieilh, Foville); soit qu'il y ait eu des kystes, des tubercules dans le cerveau ou dans ses enveloppes; soit encore que l'on rappelle les altérations que Baillie, Greding, Sœmmerring, ont trouvées dans la glande pinéale, ou celles que l'on a dit avoir rencontrées dans la glande pituitaire; soit enfin que l'on ait trouvé des ossifications, ou toute autre lésion du prolongement rachidien (Esquirol) : toujours est-il que toutes ces lésions organiques duraient sans cesse, et que l'épilepsie revenait par accès quelquefois fort éloignés, et sans laisser entre eux de symptômes fonctionnels du même genre qu'elle. Comment se pourrait-il faire, ainsi que le remarque si judicieusement M. Esquirol, que des lésions si variées et si différentes donnassent toujours lieu à un symptôme identique, l'épilepsie? D'ailleurs, dans une foule de cas, on n'a rien trouvé, que cette injection des vaisseaux cérébraux, qui, comme il a été dit plus haut, est évidemment en rapport avec l'asphyxie des derniers moments, et se retrouve précisément avec les mêmes caractères, à la suite de la submersion, de la strangulation, et du défaut d'hématose, qui suit l'inspiration des gaz irrespirables. Il est donc à présumer

qu'il y a, dans l'épilepsie, autre chose que ce qui a été jusqu à présent révélé par le cadavre; et, ainsi que le remarque M. Foville, la cause organique de cette maladie doit être aussi fugace que celle des mouvements physiologiques.

Quant à l'hydrophobie et au tétanos, les altérations trouvées dans le cerveau et dans la moelle rachidienne n'ont point été constantes; et s'il est vrai que, dans l'un et l'autre cas, on a souvent trouvé de l'injection dans la pie-mère ou dans la substance même de l'encéphale, il ne faut pas oublier que c'est presque toujours dans un état d'asphyxie où la mort est rapide, que les malades tétaniques ou hydrophobiques succombent; et les remarques précédentes applicables à l'épilepsie, ne le sont pas moins à la rage et au tétanos.

La migraine ophthalmique enfin est une série de symptômes récemment connue, et sur laquelle aucun travail d'anatomie pathologique sur le cadavre n'a été fait. Mais il est de toute évidence, pour cette affection, que les premiers accidents ne tiennent pas primitivement au cerveau, mais à l'un des organes des sens, à l'œil.

Si la science n'est pas fixée sur l'anatomie pathologique des névroses précédentes, si l'organe qu'on a considéré comme son siége n'a pas offert, dans le plus grand nombre des cas, de lésions qui pussent rendre compte des symptômes, on est encore moins avancé sous le rapport de la nature même de ces affections. Il est hors de doute que les centres nerveux souffrent; mais la première question qui se présente est celle-ci : la souffrance de l'encéphale est-elle primitive ou secondaire? A ceci on répond généralement qu'elle est primitive : c'est que depuis les travaux si recommandables de Gall, Serres, Desmoulins, Foville, Rochoux, Lallemand, Bouillaud, Ollivier d'Angers, etc., on est disposé à tout rapporter au cerveau ou à la moelle

rachidienne. On se demande ensuite quelle est l'espèce de souffrance cérébrale? Ceux mêmes qui déclament le plus contre les travaux et les idées de l'illustre auteur du *Traité des phlegmasies chroniques*, finissent par conclure que le tétanos et la rage sont de nature inflammatoire.

Les recherches remarquables de MM. Bouchet et Cazauvieilh, sur les lésions trouvées à la suite de l'épilepsie; celles de M. Bayle, relatives à la folie; les nombreuses observations et le travail consciencieux de M. le professeur Bouillaud sur l'encéphalite, et les admirables lettres de M. Lallemand sur le cerveau, donnaient un grand poids à l'opinion qui faisait considérer les névroses comme le résultat d'une inflammation cérébrale. On est arrivé dans ces derniers temps à se demander, si les collections de symptômes qui constituent les névroses, doivent constituer en effet des maladies distinctes et qu'il faille étudier séparément (Boisseau); et on a même été jusqu'à dire que l'épilepsie et l'hystérie étaient identiques, et ne différaient que par le degré (Rostan).

Le traitement de ces affections en est resté à peu près où il en était; seulement, comme on est convenu à peu près généralement qu'elles avaient pour siége le cerveau, et qu'elles étaient de nature inflammatoire, on a insisté, plus qu'on ne l'avait fait avant, sur les saignées générales, et surtout locales, ainsi que sur les antiphlogistiques et les dérivatifs.

Les idées que consacre ce travail diffèrent, sous quelques rapports, de celles généralement reçues. Quelques-unes d'entre elles avaient été déjà émises dans ma leçon à la Faculté sur l'hystérie, lors du concours pour l'agrégation, en 1828, et depuis, dans le *Mémoire sur la migraine ophthalmique*.

Névralgies ayant leur siége dans les extrémités des filets nerveux.

Première observation. Un homme de quarante ans, d'une constitution faible, d'un caractère irritable, dont les membres étaient grêles, menait une vie sédentaire; il éprouvait, depuis plus de deux ans, dans l'hypochondre gauche, et dans la largeur de la paume de la main, sans avoir été jamais soulagé par les moyens nombreux qu'on lui avait conseillés, un fourmillement, un engourdissement, et quelquefois des élancements insupportables. Cette douleur était tout-à-fait superficielle et entièrement bornée à la peau. Voici comment on s'en assurait: La pression la plus légère augmentait la douleur; le moindre contact était pénible; les mouvements des muscles sous-jacents se faisaient avec facilité et sans causer de souffrance; le tissu cellulaire sous-cutané, correspondant à la partie malade, étant assez lâche pour permettre le déplacement de celui-ci à l'aide de tractions faites sur la peau du voisinage, si l'on changeait les rapports du derme endolori et des parties sous-jacentes, alors la douleur continuait dans la portion de tégument déplacée, et n'avait pas lieu dans les parties qui, auparavant, lui correspondaient. Cette douleur, tout-à-fait semblable à celle des névralgies, ne s'étendait point ailleurs, et présentait des paroxysmes fréquents et beaucoup plus forts. La peau était saine en apparence; elle n'offrait ni rougeur, ni pâleur qui pût la distinguer de celle des parties voisines; elle n'était pas plus épaisse ni plus mince, et sa température ne différait pas des autres points de la superficie du corps. Il n'y avait ni papule, ni pustule, ni vésicule, ni écailles ou aspérités de l'épiderme. La douleur seule caractérisait cette maladie. Les moyens que je prescrivis furent sans aucune efficacité. Si semblable cas se représentait, les appli-

cations narcotiques par la méthode endermique me paraîtraient indiquées.

Dans cette observation, à laquelle pourraient être ajoutés quelques faits du même genre, mais moins circonstanciés que le précédent, il paraît certain que les extrémités nerveuses de la peau étaient le siége de la douleur, dont le caractère névralgique était bien évident. M. Récamier, auquel je racontai ce fait, me dit avoir eu quelquefois l'occasion d'en observer de semblables. Les douleurs vives et névralgiques qui accompagnent le zona, et qui persistent quelquefois si long-temps après que cet exanthème a complétement disparu, peuvent être rapprochées du cas précédent; il en est encore ainsi de ces démangeaisons intolérables dont on ne peut assigner la cause, qui se déclarent chez certains sujets, avant que la peau ne rougisse. Elles ne sont suivies que plus tard de tuméfaction et de rougeur de la surface du derme. Elles se dessinent sous une forme alongée et linéaire, parce que les malades se grattent avec violence dans ce sens, et que les points où les ongles ont agi sont le siége d'un développement remarquable de la surface du chorion. Ces démangeaisons insupportables que rien ne guérit, font le tourment des malades qui les portent, et le plus souvent se remarquent chez des vieillards. Dans ces cas, et dans plusieurs autres qui pourraient y être ajoutés, la douleur nerveuse ne s'étend pas, elle reste dans les filets de terminaison des nerfs des sens. Il n'en a pas été ainsi dans les cas suivants.

Névralgies remontant des extrémités nerveuses vers les troncs.

Deuxième observation. Une vieille femme de la Salpêtrière était depuis quelque temps atteinte des phénomènes suivants : un frémissement spécial, une sensation de

vibration très pénible se faisait sentir vers le pied; tantôt la douleur s'étendait à la partie externe de la jambe, puis vers la tête du péroné, s'élevait vers la cuisse, sur le trajet du nerf sciatique, et se terminait au bassin. Ces accidents revenaient plusieurs fois le jour, et dans l'intervalle le nerf restait toujours douloureux. Quelques sangsues et des vésicatoires, d'une forme alongée, remédièrent à ces accidents.

Troisième observation. Une autre femme, aussi fort âgée, présenta les mêmes symptômes : ici encore les accidents commençaient à la partie inférieure du membre, et s'élevaient vers les nerfs sciatique et crural. Comme cette observation n'a point été recueillie, je ne puis me rappeler quel fut le traitement; seulement cette femme guérit aussi en quelques jours de cette affection qui durait depuis long-temps.

Quatrième observation. L'observation suivante m'a été communiquée par un médecin dont l'honorable nom se présente à l'esprit aussitôt qu'on s'occupe de littérature médicale. Une jeune demoiselle de dix-neuf ans, d'une constitution nerveuse, eut, à plusieurs reprises et à des époques éloignées, des érysipèles de la face. Ses règles s'étaient établies avec peine et sans qu'aucune cause spéciale pût être reconnue; elle fut long-temps atteinte de douleurs vagues à la tête et spécialement à l'oreille; le contact même d'un chapeau lui était très pénible. Il y avait huit ou dix mois que ces symptômes duraient, lorsque M. X.... observa les phénomènes suivants : la lèvre supérieure et la région sourcilière du même côté, et sur-tout *le bout du nez et le lobule de l'oreille*, rougissaient et devenaient luisants. Il s'y manifestait bientôt

un sentiment d'engourdissement suivi de chaleur, d'élancements, et des symptômes les plus violents des douleurs névralgiques. D'abord peu violente et peu étendue, la douleur envahissait en huit ou dix minutes tout le côté gauche de la face. L'accès durait une heure ou deux, offrait pendant tout ce tems la rougeur indiquée, et se terminait d'une manière brusque; il revenait ordinairement de cinq à sept heures du soir. Beaucoup de moyens avaient été employés sans succès. Le sulfate de quinine supprima les accès pendant huit jours; ceux-ci revinrent moins forts qu'ils ne l'avaient été; ils cessèrent d'être périodiques, et le sulfate de quinine qui, suivant M. le docteur X..., irritait l'estomac, fut suspendu. Cette malade n'était pas encore guérie lorsque cette observation m'a été communiquée, et les accidents se reproduisaient encore dans le même ordre.

Dans les trois observations précédentes, il est évident que les douleurs névralgiques s'étendaient des extrémités nerveuses vers les troncs. Il en arrive ainsi dans plusieurs autres cas. Ainsi, lorsque la main a été refroidie et qu'on vient à l'échauffer trop vite, on éprouve un sentiment de vibration, de frémissement qui s'élève des bouts des doigts jusque vers le poignet, et qui, s'étendant bientôt dans toute la main, et cela à mesure que la circulation se ranime, finit, en général, vers le poignet; ainsi, dans l'épidémie qui a régné à Paris, il y a quelques années, les douleurs nerveuses commençaient par la plante du pied, s'élevaient ensuite vers les membres, et plus tard survenait la paralysie, etc. Dans les névralgies faciales qui suivent l'odontalgie, la maladie a nécessairement encore passé des filets nerveux vers les troncs. Dans la plupart des cas précédents, il s'agissait de nerfs présidant aux sensations externes et aux mouvements volontaires. Il pa-

raît que dans le suivant, ce sont les nerfs ganglionnaires qui ont été affectés.

Cinquième observation. Un homme de trente ans, d'une constitution nerveuse, sujet à la constipation, et rendant souvent par les selles des matières très dures, porte immédiatement au-dessus des sphincters de l'anus un tubercule hémorrhoïdal de la grosseur d'un grain de chenevis. Il n'y a point de fissure à l'anus, et l'hémorrhoïde dont il s'agit ne cause d'ordinaire d'autre incommodité qu'une démangeaison qui se renouvelle quand la constipation est plus forte. Or, lorsque des efforts considérables ont lieu, pour provoquer la défécation, et lorsque sur-tout ils ont été assez prolongés pour irriter les parties qui entourent l'anus, une douleur très vive a lieu; le malade la sent distinctement remonter dans la partie profonde de l'abdomen; des défaillances surviennent; des nausées et quelquefois des vomissements s'y joignent; en même temps la face est pâle, les traits tirés et une sueur froide humecte la peau du malade. Ces accidents se dissipent complétement en quelques minutes. Des précautions hygiéniques, des lavements mucilagineux, et sur-tout des corps gras demi-solides, tels que du suif introduit dans l'anus et destiné à faciliter le glissement des matières, sont les moyens de prévenir ces accidents. Peut-être la guérison radicale suivrait-elle l'extirpation du tubercule hémorrhoïdal dont la pression détermine probablement ces douleurs qui s'irradient au loin.

Iralgie ou migraine ophthalmique.

Les cas nombreux de migraine ophthalmique qui ont fait le sujet d'un précédent Mémoire, présentent des

phénomènes du même genre en rapport avec d'autres nerfs. Il est indispensable de reproduire ici le résumé d'une des observations de ce genre.

Sixième observation. Une jeune fille de quatorze ans, non réglée, marchande de modes, et très appliquée au travail que nécessite son état, par conséquent fixant très attentivement des objets délicats, éprouve, lorsqu'elle a travaillé plus que d'ordinaire, lorsqu'elle a été frappée par une lumière vive, sur-tout lorsque ces choses lui arrivent après avoir mangé, un éblouissement dans l'œil droit. Une sorte de nuage se répand sur les objets; celui-ci s'entoure bientôt d'un demi-cercle lumineux, disposé en zig-zag, coloré et scintillant, qui, d'abord très petit, s'étend bientôt, s'élargit, et, après dix minutes, envahit tout l'espace, devient plus sombre et disparaît alors. Dès le commencement des accidents, les paupières et le pourtour des orbites sont rouges et les yeux larmoyants. Les sens s'engourdissent, et une sorte de stupeur s'y joint; un quart d'heure après, l'œil devient douloureux; des élancements ont lieu, des nausées commencent, la malade se sent défaillir; quelquefois des vomissements surviennent, et ces derniers accidents, toujours sans fièvre, durent vingt-quatre heures. L'obscurité et le sommeil en calment la violence.

Quelquefois une nouvelle série de symptômes se dessine. Les extrémités des doigts de la main droite deviennent le siége d'un mouvement de vibration, de frémissement très analogue, pour le sens du toucher, à ce qu'est l'oscillation du demi-cercle lumineux pour la vue; peu à peu ce mouvement abandonne l'extrémité des doigts qui sont légèrement rouges, puis s'élève vers la paume de la main, puis envahit celle-ci, l'avant-bras et

le bras, et disparaît à l'épaule. Jamais ces accidents n'ont lieu du côté du corps opposé à l'œil qui a été le point de départ des accidents.

Dans cette observation, ainsi que dans toutes celles du même genre, il s'agit évidemment d'une souffrance nerveuse de l'œil. La pupille est resserrée pendant la durée des accidents dont cet organe est le siége. La forme de l'image ne permet guère de douter que les nerfs iriens ne soient le siége de la maladie, qui paraît en définitive très analogue aux névralgies, et pourrait être appelée iralgie, nom plus convenable que celui beaucoup plus long que je lui avais d'abord donné.

M. Jules Pelletan, à qui l'on doit un très bon travail sur la migraine, et qui, du reste, porte beaucoup trop haut le mémoire que j'ai publié sur ce sujet, a reconnu sur lui-même et sur plusieurs autres malades l'exactitude des faits que j'ai alors signalés, et a suivi le même enchaînement de phénomènes nerveux consigné dans l'observation précédente. Dans celle-ci, ainsi que dans plusieurs autres, il y a excitation des filets nerveux de l'œil ou de l'iris : il semble qu'elle affecte ensuite les centres nerveux, puis, qu'il y a extension de la maladie, soit à la huitième paire, soit aux nerfs ganglionaires, et influence secondaire sur les viscères : l'on conçoit dès lors ce que cite Laënnec, et ce qui paraîtrait difficile à comprendre sans la connaissance des faits précédents : « J'ai vu souvent, dit-il, la gêne de la respiration, qu'elle qu'en fût la cause, diminuer notablement dans l'obscurité ou lorsque le malade fermait les yeux : plus rarement j'ai vu l'effet contraire; j'ai fait la même remarque dans un grand nombre d'autres affections de diverses parties du corps, et entre autres dans beaucoup de cas de douleurs d'estomac ou d'intestins que les malades fai-

saient cesser ou reparaître à volonté, en fermant ou en ouvrant les yeux, en fixant une lumière vive, ou en détournant la vue. » (*Ausc. méd.*, t. II, p. 73, 2e éd.) Tous les observateurs ont, du reste, noté l'influence de l'iris sur les vomissements, et Beer y insiste d'une manière toute spéciale. Dans les plaies du ligament ciliaire, suivant lui, l'iris se rétracte sur le point blessé, de telle sorte qu'on voit la couleur de ce ligament : les vomissements sont alors très opiniâtres et la source des plus graves inconvénients. (1)

Dans l'observation d'iralgie qui vient d'être citée, ainsi que dans plusieurs autres, la même forme de souffrance nerveuse se reproduit au loin et jusques dans les filets de terminaison des nerfs des doigts; et, chose remarquable, c'est encore d'une manière ascendante que la maladie marche : c'est ainsi que l'on voit dans les névralgies qui s'élèvent des troncs vers les rameaux, l'affection se reproduire dans d'autres troncs nerveux avec des caractères identiques. Ainsi, il y a, dans ces cas, non-seulement irradiation vers les nerfs des viscères, mais encore répétition de la même affection dans d'autres points de l'arbre nerveux. Une autre observation va montrer les accidents se reproduire au loin avec des symptômes fort remarquables.

---

(1) M. le docteur Jolly a publié l'observation fort intéressante d'une névralgie orbito-frontale et d'une affection intermittente manifestée successivement dans les deux yeux, guérie par le sulfate de quinine, et qui semble n'avoir été qu'une iralgie dont les effets avaient été plus graves que cela n'a lieu d'ordinaire. Je n'ai malheureusement eu connaissance des travaux de M. Jolly, qu'après avoir terminé ce travail sur les névroses. Casimir Medicus, Werloff, Morton, citent aussi des exemples d'ophthalmies intermittentes.

Névralgies prenant leur point de départ dans divers organes.

Septième observation. Mme V., robuste, pléthorique, réglée à 30 ans, âgée de 45, éprouve depuis plusieurs années des hémorrhoïdes qui forment au pourtour de l'anus un énorme bourrelet qui a été pour elle là cause de vives souffrances auxquelles on peut attribuer en partie l'inégalité de son caractère. La ligature de quelques hémorrhoïdes la fait horriblement souffrir, et ne l'a pas guérie; car d'autres tumeurs se sont reproduites. Madame V.... se refuse obstinément à ce que l'excision soit faite; des accès, assez analogues à ceux de l'hystérie, se renouvellent sur-tout à l'occasion des douleurs hémorrhoïdaires; à plusieurs reprises elle a éprouvé des douleurs vives dans le nerf sciatique. M. le docteur Lebreton, qui lui donne habituellement des soins, réussit le plus souvent à calmer les douleurs hémorrhoïdales et les accidents nerveux par des saignées générales et des bains.

Au mois de janvier 1830, et lorsque les hémorrhoïdes avaient été les plus violentes, et avaient été suivies de quelques accidents nerveux, une douleur excessive, superficielle, se manifeste dans la région hépatique; cette douleur est continue; mais le soir, des redoublements très violents ont lieu. Pendant leur durée, le pouls devient imperceptible; la peau se couvre d'une sueur froide; les membres sont glacés et exécutent des mouvements spasmodiques très analogues à ceux de l'hystérie; la face est blême; la respiration très gênée; le cœur ne bat qu'avec une extrême faiblesse des mouvements, et le danger parait très grand. Du reste, le plessimètre ne trouve pas que le foie soit volumineux; le péricarde ne paraît pas dilaté par du liquide; il n'y a pas d'épanchement péritonéal; et les excessives douleurs, leur caractère spécial, l'ex-

quise sensibilité à la pression de l'hypochondre droit, les mouvements spasmodiques qui ont lieu, ainsi que la connaissance des accidents nerveux auxquels madame V... est sujette, font attribuer les symptômes plutôt à une souffrance des nerfs que du parenchyme du foie ou des membranes voisines. Le matin il y a du calme, mais à dix heures du soir, les accidents reviennent trois fois avec une excessive violence. Les saignées, les bains, les antispasmodiques nombreux et variés, ne produisent qu'un soulagement momentané; mais le sulfate de quinine, à la dose de douze grains, fait retarder l'accès suivant, le rend presque nul, et prévient ultérieurement les autres. La santé paraît se rétablir, mais les hémorrhoïdes continuent. Après un mois, des accidents bien plus légers, il est vrai, se reproduisent, mais sous d'autres formes, et dans ces derniers temps, la névralgie sciatique a encore reparu.

Cette affection peut être rapportée aux névralgies, car elle a plus d'une analogie avec la sixième observation du Mémoire précédent sur les névralgies; aux névroses, car beaucoup de ses symptômes ressemblent à ceux de l'hystérie; aux fièvres intermittentes pernicieuses, car il y a la même gravité dans les accès, et le sulfate de quinine réussit avec le même bonheur. Quelque place que l'on veuille assigner dans un cadre nosologique à cette affection, toujours est-il que les hémorrhoïdes, très irritées et très douloureuses, avaient été, chez un sujet pléthorique, le point de départ des symptômes, et que cette douleur s'était reproduite dans l'hypochondre droit, et cela chez une dame qui a éprouvé avant, mais sur-tout depuis, des symptômes de névralgie sciatique.

Dans l'observation suivante, c'est la vessie irritée qui donne lieu à des phénomènes fébriles intermittents; le

sulfate de quinine fait disparaître plusieurs accès; mais la guérison d'un rétrécissement du canal de l'urèthre, obtenu par M. le professeur Cloquet, prévient seul les accès ultérieurs.

Huitième observation. M. P., âgé de 35 à 40 ans, d'une constitution robuste, vivant bien, ne se refusant pas les plaisirs, ayant d'ailleurs eu plusieurs écoulements blennorrhagiques, éprouva, dans le courant des dernières années, de la difficulté dans l'émission de l'urine, et il arriva même plusieurs fois qu'à l'occasion de quelques écarts de régime, il y eut une rétention complète d'urine, dont il fut traité par les sondes; mais ce traitement ne fut pas suivi avec persévérance, et le malade vit reparaître à plusieurs reprises les accidents du côté de la vessie; et il arriva plusieurs fois qu'une fièvre vive, avec chaleur, délire et sueur, fut la conséquence de l'irritation de cet organe. Cependant depuis long-temps les accidents du côté des voies urinaires étaient assez peu marqués, et cependant la même fièvre se reproduisait presque tous les mois : elle était précédée de peu de symptômes, commençait par un frisson violent, qui se prolongeait, était suivi d'une douleur de tête atroce et d'un violent délire; la peau était brûlante, l'accélération du pouls très grande, et une sueur salutaire terminait la scène : M. P... était alors rendu à la santé. Il y avait plusieurs années que ces accès se renouvelaient, le plus souvent tous les mois, quelquefois à quinze jours ou trois semaines de distance. Me fondant sur la périodicité de la maladie, je prescrivis le sulfate de quinine à forte dose quelques jours avant le retour probable de l'accès, et celui-ci manqua. Pendant quatre mois, le même moyen fut continué avec le même bonheur; mais à l'occasion d'une nouvelle réten-

tion d'urine, la fièvre reparut avec la même violence et les mêmes symptômes. M. le professeur Cloquet qui voyait ce malade avec moi, proposa avec raison le traitement de la maladie des voies urinaires. Le malade fut plus docile; le rétrécissement soigné par cet habile opérateur fut guéri, et six mois après il n'y avait pas eu de nouveaux accès de cette fièvre intermittente mensuelle.

Il est évident que dans ce cas, c'était la maladie locale des voies urinaires qui avait agi sur le système nerveux; qu'elle avait donné lieu à la fièvre intermittente; qu'ensuite, indépendamment de la cause qui avait primitivement donné lieu à la maladie, les accidents s'étaient reproduits. Le sulfate de quinine réussit à éloigner des accès périodiques, et même à les prévenir; mais comme la cause primitive se renouvela, les accidents se reproduisirent, et ce fut en remédiant à celle-ci que la guérison fut définitive.

Les observations précédentes nous ont presque conduit à l'histoire de l'hystérie, de l'épilepsie et des maladies analogues. Parlons d'abord de l'hystérie.

Hystérie.

Neuvième observation. Une femme hystérique mourut dans un état convulsif; la matrice présenta dans son fond une couche de matière sanguinolente : « *ac si menstrua jamjam instarent aut nuperrimè fluxissent* ». Il y avait aussi quelques excroissances à la face externe de l'utérus; le cerveau, examiné avec le plus grand soin par Morgagni, ne présenta aucune lésion.

A cette observation, tout incomplète qu'elle est, il faut joindre un cas d'hystérie indiqué par Mayer, où la matrice était volumineuse, indurée et contenait du pus (Histoire d'une femme hystérique, mentionnée

dans les Mémoires de la société royale de Médecine, où les ovaires étaient malades,) une autre observation de MM. Villermé et Rullier, où les ovaires étaient tuméfiés et renfermaient une foule de vésicules, etc. La rareté de la mort dans l'hystérie simple est cause du peu de richesses de l'anatomie sur ce point. Voici un fait où il serait difficile de nier que l'utérus ou ses nerfs aient été le point de départ des accidents hystériques.

Dixième observation. Une femme de cinquante ans, et qui avait cessé, depuis plusieurs années, d'être menstruée, n'avait jamais eu d'accidents hystériques. Sa santé avait été bonne; mais postérieurement à la suppression des règles, un écoulement vaginal eut lieu, le col de l'utérus devint carcinomateux, la maladie fit des progrès rapides, et cette malheureuse entra à la Salpêtrière avec les symptômes les plus graves du cancer utérin. Depuis que ses souffrances qui se propageaient dans les nerfs sciatiques et cruraux étaient devenues excessives, elle éprouvait plusieurs fois le jour les accidents hystériques les plus prononcés. Il lui semblait qu'un corps sphérique montait du bas-ventre vers l'estomac et la gorge; alors elle éprouvait une sensation d'étranglement très pénible. Quelques moments après, elle était atteinte de mouvements spasmodiques, non pas saccadés, mais de pandiculations violentes et bien plus énergiques que ne paraissait le comporter la faiblesse de ses membres. Il n'y avait pas de perte de connaissance; le souvenir des accès était parfait, et il n'y avait point d'écume à la bouche ou de fixité dans le regard; jamais la malade ne s'était mordue la langue; ces accidents duraient un quart d'heure, se calmaient, et reparaissaient à l'occasion de nouvelles exacerbations dans les douleurs. Souvent il restait une sensibilité excessive de quelques points du

thorax ou du ventre, où on ne pouvait porter la main sans que la malade ne jetât les hauts cris. Le col utérin exploré par le toucher était détruit par une vaste ulcération cancéreuse, qui s'était étendue au rectum, car il y avait fistule recto-vaginale. Après être restée quelques semaines dans les petites salles des incurables, cette malheureuse succomba aux suites de l'affection cancéreuse. A la mort, le cerveau, à part l'anémie en rapport avec celle de toutes les parties, fut trouvé sain; les substances grise ou blanche n'étaient pas malades. L'utérus était à moitié détruit par un énorme fongus cancéreux, formé par les tissus encéphaloïde, squirrheux et érectile; le rectum était profondément altéré au voisinage de la cloison, et l'ouverture de communication entre cet intestin et le vagin était très ample. Le carcinome avait même intéressé la vessie et s'étendait vers les ovaires.

Ce n'est pas la seule femme, parmi les malades atteintes de cancer utérin, chez laquelle on ait observé, dans notre service, des accès d'hystérie; mais dans aucun cas, il n'y eut une relation si évidente entre la maladie de la matrice et les accidents nerveux. Dans cette observation, en effet, l'hystérie ne commence qu'après la souffrance utérine; elle se manifeste pour la première fois à un âge où il est bien rare qu'elle atteigne les malades, et ses accès sont renouvelés à l'occasion des douleurs qui se font sentir vers l'utérus. A la mort un horrible désordre se trouve dans la matrice, et le cerveau est sain.

Si les faits d'anatomie pathologiques relatifs à l'hystérie sont rares, les cas d'observer les causes, les symptômes, la marche de cette maladie, sont fréquents, et leur étude conduit à trouver presque constamment leur point de départ dans les organes génitaux.

Onzième observation. On lit dans le journal de Hufe-

land l'observation suivante : une femme, âgée de quarante-huit ans, attaquée d'hystérie, avait employé beaucoup de moyens contre cette maladie, et sans succès. Elle offrait tous les symptômes de cette affection, et était atteinte d'un écoulement vaginal. Le docteur Suffert, après l'avoir touchée, trouva un prolapsus, et jugea convenable d'appliquer un pessaire. La guérison eut lieu au bout d'un mois. Lorsqu'on retira ce pessaire, cette femme fut prise d'envies de dormir qui ne cédèrent que lorsqu'on en replaça un autre.

Rapprochons de ce fait, le cas suivant :

Dance a publié une observation fort remarquable, recueillie par M. le Dr Barré, d'accidents périodiques, qui survenant de mois en mois, correspondaient aux menstrues et *étaient analogues à l'hystérie*. Une tumeur fluctuante existait dans le vagin, une cicatrice correspondait à l'ancienne ouverture du col utérin oblitéré à la suite d'un accouchement laborieux et prématuré. Une ponction fut faite avec un trois-quarts; du sang ayant une couleur chocolat, d'ailleurs épais et grumeleux, s'écoula, et l'ouverture fut maintenue avec des sondes, d'abord d'argent, puis de gomme élastique. La guérison eut lieu, et l'apparition des règles, les mois suivants, prouva qu'elle était solide.

Beaucoup d'autres faits portent à rapporter aux organes génitaux la source des accidents hystériques : 1° dans plus de trois cas sur quatre, c'est à l'époque voisine de celle de la menstruation que survient une attaque d'hystérie, tantôt avant, tantôt pendant, et quelquefois après, et le plus souvent lorsque l'écoulement périodique se fait avec peine ; 2° la suppression brusque des règles a, dans plusieurs cas que j'ai observés, été suivie quelques heures après d'accès hystériques ; 3° presque toujours il y a dans ces cas des douleurs dans le bas-

ventre, dans les reins, et dans les lombes, qui précèdent les mouvements spasmodiques ; 4° presque toutes les femmes, à l'époque des règles, ont des changements dans leur caractère, assez analogues à l'extrême sensibilité de celles qui sont atteintes de l'hystérie ; mais c'est presque toujours à des indices de congestion vers l'utérus que ces accidents succèdent ; 5° l'onanisme, l'orgasme vénérien, l'accouchement, l'avortement, provoquent les accès hystériques, et Georget avoue que ces accès, développés quelquefois alors, se régularisent ensuite ; 6° les femmes publiques, quoiqu'on en ait dit, en sont fréquemment atteintes ; 7° les douleurs mêmes de l'accouchement ont plus d'une analogie avec une attaque d'hystérie ; 8° souvent une attaque d'hystérie se déclare avec violence lorsque les règles sont sur le point de se manifester ; le sang coule, et à l'instant la maladie cesse ; les saignées produisent quelquefois le même effet ; 9° c'est le plus souvent vers l'époque de la puberté qu'ont lieu les premières atteintes d'hystérie, et c'est lorsque l'âge où les règles cessent est arrivé, que le plus souvent les accès ne reparaissent plus, etc., etc.

Il est vrai que dans des cas exceptionnels, on voit des attaques d'hystérie se manifester à la suite de causes qui agissent sur le cerveau : l'amour, la jalousie, l'imitation, sont dans ce cas. Par exemple, M. le professeur Alibert vit deux cas où la vue de femmes hystériques détermina chez d'autres des attaques semblables : mais qui ne voit que dans ces circonstances l'influence morale a pu agir sur le système nerveux de l'utérus, et celui-ci déterminer ensuite des accès d'hystérie ? A la clinique de la Pitié, nous avons vu une femme de vingt-trois ans, qui eut trois attaques d'hystérie à quelques années de distance les unes des autres, et qui accusait de son premier accès un coup qu'elle avait reçu dans le dos. Mais

ici il y eut une suppression de règles pendant trois mois, une leucorrhée habituelle; et rien ne prouve que ce soit en effet le coup qu'elle a reçu qui ait occasioné les premiers accidents.

Ainsi l'opinion de Charles Pison, que le cerveau est la source des symptômes hystériques, opinion adoptée par Lepois, Willis, Pomme, Lorry, et sur-tout par Georget, est loin d'être admissible sous tous les rapports; et l'opinion opposée qui remonte à Hippocrate, et que Morgagni adopta en ces termes : *irritamentum dumtaxat ab utero, per nervos, membranasve ad superiora ascendens, hysteriâ nunc intelligimus ;* cette opinion qui fut celle de Pinel, et à l'appui de laquelle M. Louyer - Villermay a publié un grand nombre d'observations, paraît en très grande partie exacte. En vain, dirait-on que l'homme est quelquefois atteint d'accidents très semblables à ceux de l'hystérie ; mais les recherches sur le développement du fœtus et des considérations d'histoire naturelle répondent à cet argument; car les organes génitaux de l'homme représentent, sous d'autres formes, les organes sexuels de la femme ; ce sont les mêmes nerfs qui s'y distribuent, et ils peuvent en conséquence devenir le point de départ des mêmes symptômes. Je n'ai vu qu'un seul exemple d'hystérie chez l'homme, c'était chez un jeune peintre, qui venait d'éprouver un vif chagrin d'amour.

Mais s'il est vrai que l'utérus soit le point de départ de l'hystérie, comme le pense aussi M. le docteur Dubois d'Amiens, dont je n'ai point assez cité le très remarquable travail, parce que je n'ai pu me le procurer que lorsque ce mémoire était achevé, celle-ci n'est pas une métrite ou une affection franchement inflammatoire de l'utérus, ce n'est point une irritation vasculaire, c'est une souffrance des nerfs utérins, analogue à celle des extrémités nerveuses dans les névralgies qui remontent des

extrémités vers les troncs (obs. 3, 4), analogue à cette sensation de vibration qui se remarque dans le principe de l'iralgie (ob. 6); au trouble qui, des hémorrhoïdes comprimées s'étend dans tout l'arbre nerveux ganglionnaire (ob. 5). Ainsi dans l'hystérie il y a bien d'abord souffrance des nerfs utérins, mais de plus, progression de la souffrance pathologique vers les nerfs ganglionnaires, vers ceux de la huitième paire; action secondaire de ceux-ci sur l'estomac, l'œsophage et peut-être le larynx; puis, extension à une partie du cerveau ou du cervelet indéterminée (1); réaction ultérieure de cette portion de l'encéphale; de là production des mouvements spasmodiques. C'est ici, du reste, la même série de transmission d'influence nerveuse que celle qui, en santé, s'observe des organes des sens vers le cerveau et de celui-ci vers les muscles, mais avec cette différence que dans la communication hystérique, les sensations sont obscures, parce qu'elles partent des nerfs ganglionnaires, et les mouvements jusqu'à un certain point involontaires, parce qu'ils sont liés à une partie de l'encéphale qui, malade, ne remplirait plus convenablement une des fonctions qu'on lui attribue : la coordination du mouvement.

Ainsi, l'hystérie serait une névralgie dépendante des nerfs utérins, et s'étendant au loin; mais s'il en est ainsi, elle doit se reproduire ailleurs avec les caractères des névralgies, puisqu'ailleurs nous avons vu que ces affections se répétaient quelquefois dans d'autres nerfs; et elle doit avoir le cachet de l'intermittence, puisqu'il en est ainsi des douleurs nerveuses.

Or, la première partie de cette proposition ne peut

(1) A moins qu'on ne veuille admettre les opinions de Gall et de M. Serres sur l'influence du cervelet ou de son lobe médian sur la génération, et les idées de MM. Flourens et Bouillaud sur le cervelet considéré comme agissant spécialement sur les mouvements.

être mise en question par les hommes qui ont soigné des femmes hystériques. Le clou hystérique (observ. 7) n'est qu'une névralgie de tel ou tel nerf, situé soit au-dessous du cuir chevelu, soit dans d'autres parties. L'iralgie ou la migraine ophthalmique, qui alterne quelquefois avec l'hystérie, est encore une névralgie des nerfs iriens; et les cas de cardialgie, ainsi que d'autres plus ou moins analogues à l'angine de poitrine qui se remarquent si fréquemment chez les femmes hystériques, paraissent aussi devoir être rapportés à des affections du même genre.

Quant à l'intermittence, elle est non moins marquée que dans les névralgies, et bien plus, c'est qu'elle est combattue avec le même succès par le sulfate de quinine. Les deux observations suivantes en fourniront la preuve, et on les rapprochera avec avantage des observations 7 et 8.

Douzième observation. Mademoiselle M....., âgée de quatorze ans, et d'une forte constitution, éprouve depuis quelque temps des symptômes avant-coureurs de l'évacuation des règles. Les seins deviennent plus volumineux; les reins, le bas-ventre, sont le siége de quelques douleurs vagues. Aucun de ses parents n'a été sujet à des affections nerveuses. Elle est prise, depuis trois jours, des accidents suivants, qui se manifestent le soir, précisément à la même heure : douleurs abdominales ; sensation d'une boule qui remonte vers l'estomac, vers la gorge, et y détermine un sentiment d'étranglement ; la connaissance ne se perd pas ; il n'y a pas d'écume ; le regard est plutôt érotique que fixe ou hagard ; des mouvements hystériques violents se déclarent, les mains sont portées avec violence à la gorge et vers l'estomac ; cris violents, lutte énergique avec les personnes qui cherchent à la maintenir ; une heure

après, les accidents se calment, et il ne reste que quelques douleurs légères du ventre et des reins et un sentiment de brisement dans les membres. La malade se ressouvient parfaitement de ce qui s'est passé pendant l'accès. Des applications de sangsues sur le ventre et sur les cuisses, des bains de siége, etc., calmèrent à peine la violence des accidents qui revinrent quatre jours encore avec la même violence. Le sulfate de quinine fut alors administré à la dose de quelques grains : le soir même, l'accès ne reparut pas; il fut continué les jours suivants; il n'y eut pas de rechutes; quelques mois après les règles reparurent, et depuis plusieurs années il n'y a pas eu d'attaques d'hystérie.

Treizième observation. Madame B..., âgée de vingt-cinq ans, d'une constitution nerveuse, mais ayant cependant la peau colorée, fréquente le monde, et jouit de tous les avantages que donne, dans une ville de province, la fortune et une belle position sociale. Depuis plusieurs années, madame B..., qui d'ailleurs éprouve quelques douleurs dans les reins et dans le bas-ventre, et chez laquelle les règles coulent assez mal, est atteinte, tous les sept ou huit jours, d'accidents, dont le caractère hystérique n'est pas douteux. Sensation d'une boule qui remonte vers le cou; mouvements spasmodiques; conservation de l'intelligence; quelquefois syncope; absence des symptômes caractéristiques de l'épilepsie; tels sont les accidents qu'elle éprouve pendant quelques heures, et pour lesquels les saignées, les sangsues et les bains n'ont eu aucun avantage : les accès sont ordinairement précédés d'une sensation de froid vers les mains. La malade conserve le souvenir complet des accidents qui ont lieu. Le sulfate de quinine fut donné le septième jour, à partir d'une des attaques, à la dose de 12 grains; l'accès

suivant manqua; on le continua, à l'époque où l'accès ultérieur devait revenir; pendant plus d'un an, il n'y eut pas de nouvelles attaques d'hystérie. On m'a assuré même que depuis trois ans, cette affection ne s'est pas reproduite.

Si l'on compare les deux observations précédentes aux 5ᵉ et 6ᵉ observations du *Mémoire sur les névralgies*, ou encore aux observations 7ᵉ et 8ᵉ de ce travail, on est porté à trouver entre elles beaucoup d'analogie, et à admettre qu'il n'y a dans ces cas qu'une différence de siége, relative à la série de nerfs malades; mais que ces lésions doivent, en définitive, être de la même nature.

Remarquons que, dans la plupart des cas d'hystérie, il y a au début de la maladie, congestion sanguine de l'utérus; c'est aussi ce qui se voit dans plusieurs autres névralgies. Ainsi, dans l'observation 4, dans l'observation 6, et dans beaucoup d'autres du même genre, dans la douleur des pieds, lors de l'épidémie de Paris; dans les douleurs névralgiques du zona, il y a évidemment, lors des premiers symptômes, et souvent pendant leur succession, rougeur des capillaires. Que faut-il donc penser de ces espèces de lésions? C'est que les nerfs qui se distribuent à la peau, à l'iris, à l'utérus, peuvent être irrités, conserver la plus grande part dans la souffrance, dans certains cas devenir malades par suite de l'abord du sang dans les organes, et que consécutivement à leur excitation, la rougeur morbide peut persévérer, et l'inflammation même se manifester. Le zona, l'épidémie de Paris, donnent des preuves de ce fait.

Remarquons encore que des causes matérielles, la congestion sanguine menstruelle, le travail de l'accouchement, un prolapsus utérin (obs. 11), un cancer utérin (obs. 10), déterminent l'hystérie, tout aussi bien que nous avons vu des causes matérielles (la vue d'un

objet fixé avec attention) déterminer l'iralgie (obs. 6), la rétention de l'urine dans son réservoir donner lieu à des accidents cérébraux (obs. 8) , la compression des hémorrhoïdes être suivie de douleurs nerveuses propagées au loin (obs. 5), et des douleurs hémorrhoïdales excessives , chez une femme hytérique, occasioner les troubles nerveux les plus graves (obs. 7). C'était encore ainsi que dans les névralgies, nous avions vu des causes matérielles déterminer le plus souvent des accès , qui tantôt se bornaient aux nerfs primitivement irrités, et d'autres fois se reproduisaient dans d'autres portions de l'arbre nerveux.

Épilepsie.

L'épilepsie a été divisée, par M. Esquirol , en deux grandes sections.

L'une comprend les épilepsies essentielles, et ce sont celles où le cerveau paraît être le point de départ des phénomènes; dans cette variété, il n'y a point de symptômes nerveux dans d'autres organes, point d'*aura epileptica* qui précède l'accès.

L'autre comprend les cas symptomatiques où divers accidents précèdent l'épilepsie, et semblent en être le point de départ. Parlons d'abord de ceux-ci.

Observations extraites des auteurs. M. Esquirol cite un cas où l'accès était précédé d'un sentiment pénible dans le petit doigt de la main gauche. Une fille de dix ans joue avec ses compagnes, qui lui chatouillent la plante des pieds : elle devient épileptique; l'accès éclate toutes les fois qu'on la menace d'être chatouillée (Esquirol). Un homme portait un ulcère à la jambe; on laisse celui-ci se cicatriser : il survient des attaques d'épilepsie. Pointier guérit des attaques d'épilepsie par la cautérisation du nerf saphène de chaque jambe. Hollier

vit, chez un jeune homme, l'accès commencer par l'épaule. Donat parle d'une religieuse, chez laquelle la maladie commençait par le bout du sein; lorsque celui-ci s'ulcérait, le mal était prévenu (Esquirol). Chez un malade observé par M. Maisonneuve, les convulsions commençaient par le bras; si, au début, on tirait fortement celui-ci, l'accès manquait. Fernel et Schenckius ont fait mention de femmes, qui n'avaient des accès que pendant leur grossesse; mais il n'est pas bien certain qu'ici il ait s'agi plutôt de l'épilepsie que de l'hystérie. Fernel a vu les symptômes précurseurs se faire sentir au sommet de la tête, et se renouveler chaque fois qu'on la pressait. Vigué de Rouen observa un cas dans lequel l'accès commençait par un froid glacial au milieu du front, etc., etc.

Les organes de l'ouïe et sur-tout de la vue peuvent être aussi le point de départ de l'épilepsie. Arétée dit que, peu avant l'accès, les malades entendent quelquefois un bruit sourd, comme si on les frappait à coups de bâton; qu'ils croient voir d'autres fois une lumière vive ou éclatante, et qu'il en est qui ont des visions. Le cas suivant, cité par M. Maisonneuve est des plus remarquables.

Quatorzième observation. Une fille de neuf ans fixe le soleil. Après quelques minutes, elle croit voir au milieu de cet astre *une grosse tête noire*; elle s'effraye, et le soir même, en racontant à sa mère ce qu'elle avait vu, elle est saisie d'un premier accès d'épilepsie.

Cette observation doit être rapprochée de la suivante.

Quinzième observation. Un homme d'une quarantaine d'années, robuste, et dont la vue était faible, entra, dans le courant de l'automne dernier, à la clinique de la Pitié, salle Saint-Joseph, nº 1. Il sortait d'avoir une

attaque d'épilepsie, et au moment de son entrée, il avait conservé quelques symptômes de congestion cérébrale. Sous l'influence d'une saignée, ces acccidents se dissipèrent. Or, voici les renseignements que l'on obtint de lui : la vue d'une lumière vive, l'éblouissement, étaient les seules circonstances qui déterminaient l'invasion de la maladie. Quand ces causes n'agissaient pas, il n'y avait jamais d'attaque; mais cet homme était sûr d'en avoir une, aussitôt qu'il regardait le soleil, ou un objet très lumineux, ou encore lorsqu'il fixait un corps pendant long-temps avec beaucoup d'attention. Il aurait pu, dit-il, se donner l'épilepsie à volonté; il lui suffisait pour cela de s'exposer à la cause qu'il assignait à sa maladie. On conçoit que les seuls conseils qui furent donnés à cet homme, qu'on perdit ensuite de vue, fut d'éviter les circonstances qu'il mentionnait, et de porter des lunettes vertes, qui pussent le prémunir contre l'éclat du grand jour.

Un autre épileptique, qui succomba à une invagination de l'intestin, se plaignait aussi de mal supporter l'éclat du grand jour, lorsque les accès étaient sur le point de se déclarer.

Remarquons à l'occasion de ces faits, que M. Esquirol a noté le larmoiement parmi les symptômes précurseurs de l'épilepsie, et que M. Foville y a compris les éblouissements et la dilatation des pupilles. Rapprochons les faits précédents (obs. 14 et 15) de l'observation d'iralgie (obs. 6), et des faits du même genre, vus par M. Jules Pelletan et par moi, et nous serons conduit à penser, qu'il y a beaucoup d'analogie entre ces cas divers, et que si l'un d'entre eux, comme nous croyons l'avoir prouvé pour l'iralgie, est une névralgie, il y a bien lieu de croire qu'il en est ainsi pour les autres.

L'autre classe d'épilepsies essentielles suivant M. Es-

quirol, et qui n'ont pas de symptômes précurseurs, pas d'aura, sont, d'après M. Foville, en plus grand nombre que les premières. A ceci il est facile de répondre : que l'épilepsie a pour caractère spécial la perte de la connaissance, et par suite de la mémoire; que, par conséquent les épileptiques peuvent fort bien ne pas rendre compte de ce qui arrive dans le temps qui précède immédiatement les accès; que, dans quelques cas, la transmission de l'aura peut être très prompte; que l'attaque peut avoir lieu avant que l'impression de l'aura n'ait pu être assez profondément gravée dans le cerveau, encore sain, pour que, lors du retour de la connaissance, la mémoire s'en conservât; qu'en effet, la transmission des sensations est presque instantanée en santé, et qu'il peut bien en être quelquefois ainsi pour la transmission de l'influence nerveuse épileptique en maladie; que dans l'impossibilité où l'on est de rien affirmer à ce sujet, il est convenable de prendre pour base les faits où la transmission a été lente, et où la mémoire des phénomènes précurseurs s'est maintenue; qu'il vaut mieux passer ici du connu à l'inconnu, que de révoquer en doute ce qui est connu, par l'ignorance où l'on est de certains faits; enfin, que l'analogie entre les névralgies ascendantes, l'iralgie, l'hystérie, le tétanos, la rage et l'épilepsie, portent à faire admettre que l'aura est un phénomène constant, mais dont le souvenir ne l'est pas.

Une première objection à ces idées peut être faite : Des causes agissant sur le cerveau, telles que l'hérédité, l'imitation, la frayeur, etc., peuvent occasioner l'épilepsie. A cela il est facile de répondre que, beaucoup de faits de ce genre dont on parle, peuvent être interprétés différemment qu'on ne l'a fait; que l'hérédité, l'imitation, agissent non moins sur les organes des sens que sur le cerveau; que la première impression de la frayeur est

portée sur l'organe des sens : Témoin ce soldat qui, montant à l'assaut, eut une attaque d'épilepsie ; guéri de cette affection, il retomba lorsque, vingt ans après, il revit le même lieu : témoin encore cet enfant qui, effrayé par un chien, eut un accès épileptique, se renouvelant ensuite toutes les fois que cet enfant entendait aboyer. Etait-ce l'impression sur l'organe des sens ou la frayeur, qui ramenait ici l'accès épileptique? N'était-ce pas encore l'éblouissement que la vue du soleil provoqua sur la rétine, qui provoqua la première attaque dans l'observation 14? et cependant cette attaque a été considérée comme le résultat de la crainte.

Une objection non moins grave se présente : On trouve souvent des altérations dans les formes du crâne, et des lésions organiques dans le cerveau des épileptiques. Mais remarquons que toutes les têtes mal conformées n'appartiennent pas à des sujets épileptiques ; qu'il est impossible de dire que telle conformation du crâne sera suivie de l'épilepsie. Nous avons vu qu'il en est ainsi des lésions organiques, dont aucune n'est spéciale à cette névrose, et que plusieurs de celles qui ont été indiquées par MM. Cazauvieilh et Bouchet, dépendent de l'état du cerveau en rapport avec l'asphyxie. D'ailleurs, on ne nie pas ici que le cerveau ne souffre ; on admet même qu'il est tout-à-fait compromis, que la substance blanche doit être sur-tout altérée, puisqu'elle paraît présider aux mouvements ; mais on croit qu'elle n'est pas le point de départ, et que les organes des sens paraissent l'être le plus souvent. Peut-être que l'œil fixe, dès l'invasion de l'accès, chez les épileptiques, l'œil dont les enveloppes se congestionnent dès le principe, et où la sensation est anéantie dès les premiers temps ; l'œil qui reste, pendant l'accès, insensible à la lumière, comme l'atteste l'immobilité de la

pupille, est le point de départ de ces *aura rapides* qui s'étendent comme un trait vers l'encéphale, et y déterminent l'épilepsie. Le peu de longueur du nerf optique expliquerait ce fait, et l'iralgie pourrait bien être la névralgie des nerfs ganglionaires, tandis que l'épilepsie serait celle du nerf optique.

Enfin, comme analogie entre l'épilepsie, l'hystérie, et les névralgies ascendantes, rappelons-nous les intermittences qu'elle présente, ses accès, quelquefois la périodicité de leur retour, et enfin la ressemblance existant entre les symptômes de l'épilepsie et ceux de l'hystérie.

Tétanos.

C'est à la suite des plaies d'armes à feu, ou des opérations très douloureuses, que le tétanos se développe; on le voit suivre les fractures du péroné, lorsqu'il y a de grands désordres consécutifs. M. le professeur Dupuytren a fait sentir toute l'importance qu'il y a, sous ce rapport, à soigner convenablement cette grave lésion. Les esquilles, les engorgements très douloureux, produisent le tétanos; le travail de la dentition, et partant l'irritation des nerfs dentaires, le provoquent aussi chez les enfants. Les sinapismes, les vésicatoires, qui irritent une surface étendue du derme, peuvent aussi déterminer le tétanos qu'on observe chez des sujets irritables, à la suite de certaines fièvres. Dazille attribue à l'impression du froid sur la peau, l'invasion du tétanos chez les Négrillons des Antilles. M. le professeur Desgenettes, M. Fournier, citent des cas où les vicissitudes atmosphériques brusques, et l'immersion dans l'eau froide, furent suivies du tétanos. Il est vrai que Laurent, de Strasbourg, a vu celui-ci se manifester chez des blessés

qui portaient des vers dans les intestins, et Chaussier vit aussi, chez un jeune homme qui avait reçu un coup d'épée dans les parois du thorax, le tétanos se guérir après l'expulsion d'un ver énorme rendu à la suite de l'administration de l'huile de ricin; mais tout porte à croire que les blessures avaient déterminé ces accidents, car Fournier fait remarquer que les fiévreux de Strasbourg avaient des vers tout aussi bien que les blessés, et qu'ils n'étaient pas atteints de tétanos. Mais, de toutes les causes de cette affection, les plus fréquentes sont, sans contredit, les blessures du pied, des orteils, et surtout de sa face plantaire. C'est souvent pour s'être piqués avec une épine, que les Nègres des colonies en sont atteints; on sait combien, sous ce rapport, les opérations faites sur les orteils sont dangereuses. Or, les orteils sont des organes de tact et de toucher, les papilles y sont nombreuses et y reçoivent des nerfs dont la sensibilité est exquise. Souvent une fort petite lésion, à peine accompagnée d'inflammation, est le point de départ du tétanos; les malades oublient d'en parler, et l'on prend pour essentiel un tétanos consécutif à une lésion du pied. Il s'en est peu fallu qu'il en arrivât autant dans le cas suivant.

Seizième observation. Un homme de quarante ans, robuste, entra à l'Hôtel-Dieu il y a quatre ans, et lorsque je faisais le service pour M. Bally. Il y avait déjà deux jours que les mâchoires s'écartaient avec difficulté; de la raideur avait lieu dans les muscles extenseurs du tronc; du reste, pas d'autre symptôme cérébral, absence de fièvre et de symptômes thoraciques. L'examen des membres ne fit d'abord rien découvrir, et le premier rapport du malade n'apprit pas qu'il y eût eu de bles-

sures. Le lendemain, malgré une saignée et l'application de nombreuses sangsues sur la région rachidienne, les accidents augmentèrent. On renouvela les recherches, et on trouva à la face plantaire du gros orteil une petite plaie récemment faite, et recouverte d'un caillot. Le malade avoua alors s'être piqué le pied avec un corps étranger. Des cataplasmes furent placés sur cette partie, et la médecine antiphlogistique la plus active fut employée. Elle échoua complétement : l'épisthotonos survint ; les membres participèrent à cette grave maladie ; l'opium à haute dose ne réussit pas mieux que les antiphlogistiques. Cependant la maladie marcha avec beaucoup de lenteur, et ce ne fut que vers le quinzième jour après les premiers accidents que des contractions tétaniques se manifestèrent dans les muscles respirateurs. La mort survint par l'asphyxie de l'écume bronchique. A la nécropsie, on trouva un peu d'injection dans les vaisseaux du cerveau et de la moelle ; aucun ramollissement n'avait lieu dans l'une ou l'autre de ces parties ; on ne put découvrir dans la petite plaie de corps étranger, ou de nerf un peu volumineux qui eût été intéressé.

Dans cette observation, la lésion locale du pied était, en apparence, de bien peu d'importance, par rapport à la gravité des symptômes. Ici il n'y a pas eu d'inflammation franche, d'abcès dans la plaie, et cependant on ne peut guère révoquer en doute que celle-ci n'ait été le point de départ des accidents. Il en a été visiblement ainsi dans le cas suivant, qui offre un exemple remarquable de la progression ascendante du tétanos.

Dix-septième observation. Une jeune Négresse de vingt à vingt-trois ans, s'était piquée fort avant la plante du pied, avec une épine ; deux jours après sa blessure, des mouvements convulsifs eurent lieu dans le pied malade ;

les contractions gagnèrent *de proche en proche*; enfin elle eut le tétanos. Cette fille guérit après l'administration de trente-six gouttes d'ammoniaque, que M. François d'Auxerre lui fit prendre.

Bien que les contractions tétaniques aient de la persistance, elles offrent cependant de temps en temps des redoublements, et en quelque sorte des paroxysmes, ainsi que cela a lieu dans les autres névroses précédentes; comme elles, il se reproduit d'une partie vers une autre; comme elles, il semble n'être qu'une répétition d'une même modification nerveuse vers des branches diverses de l'arbre cérébro-spinal; comme elles, enfin, il peut avoir une marche franchement intermittente; et on a considéré ces faits comme une complication de fièvre intermittente et de tétanos. Médicus, cité par Fournier, parle d'un cas de ce genre. Horn, médecin de l'hôpital de la Charité de Berlin, a donné une observation où les accès tétaniques, chez une jeune fille de dix-huit ans, avaient le type tierce. Une fièvre intermittente, revenant tous les trois jours, avait précédé; à la suite *d'une longue marche*, par un temps froid, la complication tétanique survint; il n'y eut que du trismus; au quatrième accès la guérison eut lieu : des affusions froides, des bains tièdes, l'opium, furent les moyens employés. Le docteur Duval a rapporté deux faits analogues; dans l'un, où le type quarte existait, la maladie se prolongea pendant quatorze mois, avec une constante périodicité, et le quinquina, ainsi que les autres moyens, échouèrent. Il n'y avait que la moitié latérale des muscles du corps pris pendant un accès, et l'autre moitié était seule malade lors de l'accès suivant; dans l'autre cas, il s'agissait d'un tétanos général se manifestant par accès, avec les symptômes pernicieux. Le quinquina à haute dose réussit.

Ainsi, sous quelque point de vue qu'on considère le tétanos, il a des analogies avec les affections précédentes; seulement ici les nerfs sensoriaux, qui paraissent être le point de départ des impressions, ne donnent pas lieu à des sensations bien tranchées; le prolongement rachidien paraît être le moyen de communication entre l'influence nerveuse qui émane de la partie malade et les muscles qui se contractent d'une manière continue; cela explique l'absence des phénomènes cérébraux dans le tétanos.

Hydrophobie.

La rage, enfin, présente, d'une manière bien évidente, les caractères névralgiques des lésions précédentes. Mêmes variations dans les résultats des nécropsies: lésions locales bien plus constantes encore que dans le tétanos et l'épilepsie; travail morbide long-temps borné à la morsure, et qui, plus tard, irradie au loin et va déterminer des phénomènes vers le centre nerveux, d'où résultent les perversions dans les goûts, et des influences cérébrales ou nerveuses sur les mouvements; de là les contractions spasmodiques du pharynx, qui se refuse à la déglutition des liquides, phénomène qui se voit quelquefois dans l'hystérie; de là ces envies de mordre, qui existent aussi fréquemment dans cette dernière affection, et qui est quelquefois portée assez loin pour que les femmes hystériques brisent entre leurs dents le verre qu'on a l'imprudence de leur donner; de là, enfin, ces phénomènes convulsifs qui, lorsqu'ils s'étendent vers les organes respiratoires, et peut-être vers la glotte, déterminent la mort par asphyxie.

Dans la rage, ainsi que dans les névroses précédentes, intermittence dans les accès, et ici, plus encore que

dans l'épilepsie, importance du traitement local, et de la destruction de la partie primitivement affectée, qui tantôt ne se cicatrise pas jusqu'à l'invasion des phénomènes nerveux généraux, et qui, d'autres fois, semble d'abord se guérir, puis, après un certain temps, devient douloureuse, fait éprouver des élancements au loin, et, le plus souvent, détermine des symptômes mortels.

Le fait suivant semble prouver que, dans certains cas, le travail morbide secondaire peut être borné à la plaie, et ne pas s'étendre à tout l'arbre nerveux.

Dix-huitième observation. La femme X....., âgée de vingt-quatre ans, fille de service chez M. D...., boulanger, rue des Bons-Enfants, était dans la boutique de son maître, lorsqu'un énorme chien qui, une première fois, s'était jeté avec violence dans la boutique, cherchant à mordre ceux qui s'y trouvaient, et qui en avait été chassé par M. D...., revint une demi-heure après avec une nouvelle furie, saisit la femme dont il est question par le côté interne de l'avant-bras gauche, et y fit une morsure profonde. Le chien s'échappa, et on ne sait pas ce qu'il est devenu. Une demi-heure après, je lavai la plaie dans un grand courant d'eau, en plaçant long-temps la morsure sous le robinet d'une fontaine; une incision fut faite pour agrandir et mettre à découvert la blessure, qui avait un pouce de long, et où quatre dents du chien étaient profondément marquées. Le fer rougi à blanc fut alors dirigé au fond de l'incision, et la destruction fut aussi large que profonde. La plaie marcha comme s'il eût s'agi d'une blessure simple; mais le trente-sixième jour, au moment où la plaie était sur le point de se cicatriser, et lorsqu'on avait placé sur elle du diachylum gommé, pour permettre à la malade de vaquer à ses travaux, des douleurs très vives, des élancements qui semblaient se

propager vers les nerfs du bras, survinrent, et le lendemain des boutons très nombreux, ressemblant à ceux du zona, très rapprochés les uns des autres, accompagnés de douleurs locales cuisantes, se déclarèrent. Chacun de ces boutons avait plus d'une ligne de diamètre, était supporté par une base très rouge, et l'éruption correspondait, d'une manière parfaite, à la forme du sparadrap qui avait été mis sur la plaie presque entièrement cicatrisée. Je crus d'abord qu'un emplâtre stibié avait été appliqué, mais il me fut facile de reconnaître le diachylum à son odeur, à son apparence; et d'ailleurs, on avait placé auparavant un fragment du même emplâtre sur la plaie, et un semblable accident ne s'était pas produit. Partout ailleurs la peau était saine.

Force fut donc de considérer cette éruption comme un résultat de la maladie. En même temps la femme X.... s'inquiétait; la nuit se passa avec peu de sommeil, et des rêves sinistres troublaient le peu de repos qu'elle pouvait prendre.

Cependant tout ce désordre local et général n'eut aucune suite; des cataplasmes chargés de laudanum furent placés sur les boutons, et remplacèrent le diachylum; les accidents internes ne prirent pas d'extension, et la malade guérit promptement de sa blessure.

Dans ce cas, que pensera-t-on de cette éruption? la considérera-t-on comme critique, comme un effort dépurateur? Ce qu'il y a de certain, c'est que les douleurs dont elle était accompagnée étaient évidemment de la même nature que celles du zona; que les vésicules ressemblaient beaucoup à celles qu'on observe dans cette affection, et que leur caractère, la manière dont elles semblaient s'étendre, ne permettaient guère de douter qu'elles eussent le caractère névralgique.

Le rapprochement qui vient d'être établi entre la rage

et les névroses précédentes, n'empêche pas qu'il n'y ait quelque chose de spécifique pour la première, et cette spécificité tient sans doute au virus lyssique. Soit en effet que celui-ci agisse d'abord sur les rameaux nerveux de la partie mordue, soit qu'il porte primitivement, comme on l'a dit, une action sur l'économie en général, toujours est-il que la spécificité ne peut pas être révoquée en doute. On ne s'explique pas plus, du reste, dans la première supposition que dans la seconde, la manière d'agir de ce terrible agent; et il faut même avouer que l'esprit répugne moins à considérer le mal comme primitivement local, et s'étendant ensuite au loin par les filets nerveux.

Remarquons, à l'appui de cette hypothèse (car il faut avouer que c'en est une, qui toutefois est plausible), qu'on se rendrait compte ainsi du défaut d'absorption du virus pendant de longs jours, et de ces accidents qui commencent après six semaines par la partie mordue. S'il y avait une absorption, les symptômes généraux arriveraient tout d'abord; ou si l'on disait que l'incubation de tous les virus exige une certaine durée de temps, il faudrait au moins expliquer pourquoi les accidents commencent encore par la plaie, ainsi qu'on l'observe si fréquemment.

Une difficulté se présente, et elle est grave. L'ablation de la partie mordue n'empêche pas le développement de la rage, sur-tout lorsqu'elle est confirmée. A ceci il faut répondre, que c'est un trait de plus d'analogie avec les névralgies, qui, une fois produites sur un point de l'arbre nerveux, se reproduisent ailleurs sous la même forme et indépendamment de l'action actuelle de leur première cause. C'est ici un phénomène analogue à la tendance de l'homme à l'imitation, à la mémoire qui reproduit les

sensations passées, à ces douleurs qu'on ressent dans le membre qu'on n'a plus, mais où jadis on avait souffert. Ce sont là tous phénomènes qu'on connaît, mais qu'on n'explique pas.

Applications des considérations précédentes à quelques autres faits.

Il est difficile de déterminer jusqu'à quel point les considérations précédentes pourraient être appliquées aux hallucinations des sens, chez les aliénés. Il est au moins remarquable de voir M. Esquirol empêcher ces erreurs de l'ouïe et calmer les maniaques, en bouchant les oreilles avec du coton imprégné de poudre de potasse caustique, et M. Foville obtenir le même résultat, en introduisant dans le conduit auditif un bourdonnet imbibé de laudanum. Je ne sais jusqu'à quel degré ce qu'il y a de vrai dans l'extase magnétique et dans le somnambulisme qui la suit, pourrait trouver une explication dans les idées qui viennent d'être exposées, mais ce qu'il y a de sûr, c'est qu'en agissant à la fois sur plusieurs nerfs des sens, on doit influencer vivement les fonctions du cerveau. Je n'ai point étudié assez la catalepsie, la chorée, etc., pour pouvoir établir des rapprochements entre elles et les lésions précédentes.

Il est évident que, d'après ce travail, nous serions conduits à considérer aussi comme des névralgies ascendantes, les fièvres intermittentes pernicieuses, et que la plupart des raisonnements précédents seraient applicables à cette nombreuse classe de maladies ; mais l'étendue de ce Mémoire ne permet pas de soulever ici cette grande question, sur laquelle M. le docteur Jolly a publié des recherches fort intéressantes dans la *Bibliothèque médicale*.

Il sera peut-être bon de résumer, comme cela a été

fait pour les névralgies, sous forme de propositions, les idées qui font le sujet du travail précédent, et d'étudier successivement la nature et le traitement des névralgies ascendantes.

De la nature de plusieurs névroses.

1° L'anatomie pathologique n'ayant pas découvert, dans les centres nerveux, des lésions toujours identiques, qui pussent être rapportées avec certitude aux collections de symptômes : iralgie, hystérie, épilepsie, tétanos et hydrophobie, il est convenable de rechercher si les extrémités périphériques des nerfs ne peuvent pas être le point de départ de ces maladies.

2° Pour résoudre la question, l'anatomie pathologique a bien peu de moyens; car s'il est vrai que dans les névralgies, il soit difficile de découvrir les altérations de rougeur, de consistance et des troncs nerveux, combien cette difficulté n'augmentera-t-elle pas, quand il s'agira d'apprécier la disposition anatomique des extrémités nerveuses. On sera le plus souvent réduit à étudier l'état des organes, et certes ce sera, dans quelques cas, un bon moyen d'arriver à la vérité, car toute lésion organique dans la trame d'un tissu, doit aussi modifier ses nerfs; mais il pourra se faire que l'irritation affecte plutôt les filets nerveux de cet organe que ses éléments vasculaires, et on ne conçoit guère comment le scalpel de l'anatomiste pourrait retrouver la maladie de parties, que dans l'état normal il ne peut distinguer des autres éléments organiques des tissus.

3° On est donc souvent réduit, dans l'étude des lésions des extrémités nerveuses, à la recherche des symptômes, de leur marche et de leur caractère, enfin, à ce qu'on peut appeler la physiologie pathologique.

4° Or, dans l'état normal, les sensations partent des sens, arrivent vers le cerveau, d'où émane ultérieurement le mouvement, phénomènes qui se propagent par l'arbre nerveux; or, certaines souffrances nerveuses semblent rester fixées à la partie où elles ont lieu (obs. 1), d'autres, évidemment névralgiques, remontent des extrémités vers les troncs (obs. 2, 3, 4).

5° Ailleurs (iralgie), une sensation s'étend visiblement de l'œil vers diverses branches du système nerveux, et se reproduit jusques dans les extrémités des nerfs des doigts, d'où elles remontent encore vers les centres nerveux (obs. 6). Ailleurs, une souffrance locale de l'anus ou de la vessie, va porter au loin son influence et la douleur (obs. 7, 8). Jusqu'alors il n'y a pas eu d'altérations dans le système nerveux en rapport avec les organes des mouvements volontaires, seulement quelquefois des vomissements sont survenus (obs. 6). Déjà, dans un cas, le cerveau, comme organe intellectuel, avait éprouvé, pendant l'accès, quelque altération (obs. 8).

6° Mais dans d'autres cas (hystérie), la succession des symptômes prend son point de départ de l'utérus (obs. 10, 11, 12, 13); les portions des centres nerveux correspondantes sont affectées, et il ne semble pas que ce soient celles qui président à l'intelligence, car celle-ci reste intacte pendant l'accès; mais en revanche l'influence morbide s'étend aux nerfs et aux organes du mouvement volontaire, qu'elle soustrait momentanément à l'empire du *moi*; et il est à remarquer que d'excellents observateurs se fondant sur des faits, regardent le cervelet comme présidant aux mouvements, ou du moins à leur coordination; tandis que d'autres, non moins distingués, et s'appuyant aussi sur des faits, lui croient une action sur les organes génitaux.

7° Cependant, chez d'autres sujets (épilepsie), les organes des sens sont affectés d'abord ; ils irradient vers le cerveau par les nerfs, et comme les organes des sens sont en rapport avec la partie du cerveau qui perçoit, se rappelle et qui veut, l'intelligence est suspendue aussitôt que la lésion morbide y est parvenue; et comme c'est là le point de départ des influences vers les muscles, bientôt il y a des convulsions et des accès. Ici souvent le point de départ (*aura epileptica*) n'est pas douteux ; ailleurs on ne le retrouve pas; mais des faits (obs. 14, 15), et bien des analogies et des raisonnements, portent à croire qu'il peut alors avoir son siége dans l'œil.

8° Dans certains cas (tétanos), si les douleurs locales ont été excessives ou si un nerf a été profondément lésé ou irrité, la transmission de la souffrance nerveuse jusque vers la portion de l'encéphale qui préside aux mouvements peut avoir lieu, et déterminer, dans les muscles, des contractions continuelles et convulsives, qui, lorsqu'elles atteignent les muscles inspirateurs, doivent être suivies de la mort. Enfin, si une cause spécifique, le virus lyssique (rage), vient à irrriter les extrémités nerveuses, ce ne sera plus seulement le tétanos qui se déclarera, mais eneore l'extension de l'affection, spécifique aussi, vers le centre nerveux, la réaction sur les muscles et les organes, et l'hydrophobie rabique avec toute son horreur.

9° La souffrance nerveuse prend donc, dans cette manière de voir, son origine dans les extrémités nerveuses périphériques; le cerveau souffre, et peut consécutivement être le siége de congestion, d'inflammation, d'altérations organiques, et par suite, la paralysie, l'aliénation mentale, peuvent survenir. Dans certains cas (épilepsie), l'encéphale peut présenter telle conformation ou telle lésion qui dispose à la maladie; mais en somme, les symp-

tômes de celle-ci paraissent le plus souvent commencer dans l'organe des sens, et ne parvenir que par gradation et progressivement au cerveau.

10° Cette souffrance nerveuse doit être analogue aux névralgies, car elle alterne avec elles (hystérie et clou hystérique), car elle est intermittente comme elles (obs. 9, 12, 13); car elle cède aussi, dans quelques cas (obs. 12 et 13), au sulfate de quinine, etc.; mais en quoi consiste-t-elle?

11° Nous ne connaissons pas plus la vie que le mécanisme de l'influence nerveuse, et la progression des sensations ou des mouvements par les nerfs. Nous ne pénétrons pas mieux l'essence de l'état pathologique qui constitue les névralgies et les névroses; seulement notons comme un fait, qu'il y a dans beaucoup de cas de névralgies, un sentiment de vibration, d'oscillation; qu'on voit une image en vibration dans l'iralgie. N'en concluons rien pour un mouvement vibrant dans les nerfs; mais disons qu'il est possible que celui-ci existe; rappelons même que des ligatures ont arrêté quelquefois l'*aura epileptica*, et observons que cette modification dans l'action nerveuse, est souvent accompagnée de rougeur de congestion dans l'organe qui en est le point de départ (obs. 4 et 6).

12° Ainsi que dans les névralgies, des causes matérielles donnent souvent lieu aux collections de symptômes qui viennent d'être énumérés. L'action de la lumière ou d'un travail assidu dans lequel on fixe les objets (obs. 6); des hémorrhoïdes enflammées (obs. 7); l'irritation de la vessie par l'urine (obs. 8); un cancer utérin (obs. 9); un prolapsus (obs. 11); la vue du soleil (obs. 14), ou du grand jour (obs. 15); une foule de lésions très variées; et des piqûres ou des morsures compliquées ou non

de virus (rage ou tétanos); enfin des causes matérielles saisissables, partant toutes des organes des sens, donnent lieu aux accidents qui constituent les névroses.

Ainsi, analogie dans les causes, analogie dans les symptômes, analogie dans la progression, analogie dans l'intermittence : que de raisons pour conduire à l'analogie dans le traitement !

Traitement des Névralgies ascendantes.

La première indication qui se présente est, dans les névroses qui ont fait le sujet de ce travail, de rechercher le point de départ des accidents nerveux, de remonter, s'il se peut, jusqu'à la cause matérielle ou organique qui donne lieu aux premiers symptômes et de prévenir l'action de cette cause, ou de la soustraire lorsqu'il est possible de le faire. C'est ainsi que dans les observations 5 et 7, on aurait probablement guéri les accidents névralgiques, par l'excision complète des hémorrhoïdes; que dans les cas analogues à l'observation 6, on prévient l'iralgie en évitant l'éblouissement, ou de fixer long-temps et avec attention, un corps petit et difficile à bien examiner; que dans l'observation 8, il n'y eut guérison définitive de la névrose qu'après celle de la maladie de la vessie. C'est ainsi : que dans l'observ. 10, il aurait fallu enlever le cancer utérin pour faire disparaître l'hystérie, et que celle-ci n'était pas curable, puisque celui-là était inopérable; que dans l'obs. 11, un pessaire remédiant à un prolapsus utérin, fit dissiper les attaques d'hystérie; que dans un cas d'épilepsie cité par Fabrice, et où les symptômes commençaient par l'oreille, ils cessèrent lors de l'extraction d'un globe de verre qui y était engagé; que Brunner a guéri par l'application d'un moxa

à la nuque un épileptique chez lequel les accidents précédents commençaient par cette partie; que M. Esquirol fait mention d'un homme de trente ans qui reçoit un coup sur la tête, la plaie se cicatrise : l'épilepsie éclate, la plaie est rouverte, l'épilepsie cesse : un chirurgien mal avisé provoque la cicatrisation, les accès se renouvellent, et disparaissent de nouveau par l'application du caustique; et que chez un enfant de onze ans qui, depuis les deux premières années de sa vie, avait des attaques d'épilepsie, le docteur Caron découvrit au pouce du côté droit du corps, d'où paraissait s'élever l'*aura epileptica*, une tumeur indolente; celle-ci fut extirpée : on y trouva de petits corps durs de la grosseur d'un grain de millet, l'épilepsie guérit, etc. C'est ainsi que l'épileptique de la Pitié, (observ. 15) évitait l'accès, en ne s'exposant pas à l'action du grand jour; que le meilleur moyen de prévenir le tétanos est d'éviter les douleurs très vives ou la stimulation des filets nerveux des membres ou des organes des sens. C'est ainsi que dans le traitement de la rage, la cautérisation, la destruction de la partie mordue est le véritable moyen de guérison, et qu'on est conduit à croire, d'après les idées énoncées, que l'on est encore à temps de porter sur la morsure le fer, le feu et les caustiques, lorsque la cicatrice se rouvre et devient douloureuse, et lorsqu'il ne s'est pas encore manifesté de symptômes nerveux généraux.

Le point de départ de la maladie étant reconnu, il sera convenable, ainsi que dans les névralgies, d'employer des antiphlogistiques, des évacuations sanguines locales, aux environs de la partie qui est le point de départ des symptômes. Mais ici le trouble dans l'action nerveuse est passager, momentané, et la succession des symptômes, la progression de la maladie, ne permettent guère d'em-

ployer ces moyens à temps. Dans l'hystérie, l'on peut dégorger promptement l'utérus lorsqu'il se congestionne, par des saignées abondantes, ou calmer sa souffrance par des bains, des lavements ou des cataplasmes, etc. Dans le tétanos, le débridement des plaies, peut-être l'excision de la partie affectée, au moins les évacuations sanguines locales, les cataplasmes, la position élevée du membre par rapport au tronc, la compression méthodique, sont indiqués. Dans la rage, on conçoit encore l'utilité de moyens du même genre; mais ici qu'espérerait-on des antiphlogistiques, lorsque la cause spéciale agit toujours, et qu'on n'a pas de contrepoison pour la combattre?

Deux ordres de moyens peuvent encore être portés sur les organes qui sont les points de départ des accidents.

Les uns: les narcotiques, tels que la belladone, l'opium, la jusquiame, etc.: leur action n'a point été douteuse dans quelques cas d'iralgie; il est certain que la belladone en frictions sur les paupières a arrêté la maladie dans sa progression, et que l'opium à l'intérieur, administré au début, en a quelquefois entravé les suites. C'est à l'expérience à déterminer si, dans les autres affections analogues, ces médicaments pourraient être employés. Il y a lieu de croire que dans des cas semblables, ce serait très près de l'organe primitivement malade, ou sur lui-même, qu'il faudrait porter les narcotiques: la méthode endermique trouverait ici plus d'un cas d'application.

Les autres: les stimulants, destinés à changer le mode d'irritation de la partie qui est le point de départ des accidents; mais de semblables moyens sont dangereux; c'est jouer souvent à quitte ou double que de les employer,

et si le travail morbide qu'on produit artificiellement, et qui participe plus ou moins de l'inflammation, venait à s'étendre vers les centres nerveux, comme le fait d'ordinaire la lésion qui constitue la névrose, il est évident qu'on pourrait avoir à s'en repentir.

Les stimulants portés sur d'autres organes au début des accidents, produisent dans quelques cas de bons effets. Lorsque l'iralgie commence, des aliments excitants, du café, de la liqueur, préviennent très souvent les accidents nerveux qui suivent d'ordinaire la souffrance de l'œil. Il en est ainsi de la rubéfaction des pieds par le calorique; l'éther a arrêté quelquefois l'hystérie au début; de là, cette confiance qu'ont en son emploi les gardes-malades et les gens du peuple qui mettent aussi dans la bouche de l'épileptique du muriate de soude, dans l'espérance de modérer l'accès ou de le faire dissiper, Mais des moyens de ce genre ne peuvent guère réussir qu'au début; plus tard leur action est à peu près nulle.

On cite quelques cas où il semble que la compression des troncs nerveux par lesquels s'élève l'*aura-pileptica*, a arrêté les accès qui remontaient vers les centres sensitifs et locomoteurs. Aussi, dans un cas cité par M. Esquirol, une ligature au-dessus du genou prévenait l'accès qui paraissait prendre son origine dans une cicatrice placée au-dessous, etc.

En définitive, ce qu'il faut sur-tout prévenir, c'est l'extension de la maladie locale vers les centres nerveux, et c'est pour cela qu'il faut, dès les premiers éblouissements, se hâter de remédier à l'iralgie, de saigner aussitôt que, chez les femmes hystériques, des symptômes de congestion utérine et de légères douleurs dans les reins et le bas-ventre se dessinent; d'arrêter par des ligatures ou par tout autre moyen, s'il se peut, la progression de l'aura épileptique; d'inciser la partie malade, et de

calmer son irritation dans le tétanos, ou de la détruire dans la rage. Une fois que la série pathologique des troubles nerveux s'est bien établie, il est, dans les cas graves, rarement au pouvoir de l'homme de l'arrêter.

Quand, après plusieurs attaques d'une névralgie ascendante, et par cela même qu'elle s'est étendue plusieurs fois aux centres nerveux, qu'elle y a déterminé, à plusieurs reprises, des accidents de congestion ou d'inflammation, il est survenu une série de symptômes continus et fixes, qui font croire qu'une lésion organique cérébrale est survenue, alors celle-ci deviendra pour le praticien la maladie capitale. Malheureusement il y a tout lieu de penser que, dans les cas chroniques de cette espèce, il n'obtiendra point de guérison.

Pour peu que les accidents aient de la périodicité dans leur retour, le sulfate de quinine doit être administré à hautes doses, comme dans les névralgies qui présentent ce caractère, soit qu'il s'agisse d'une douleur vive en rapport avec des lésions organiques (obs. 7, 8,) soit qu'on ne puisse saisir cette même lésion (obs. 12, 13.) Il y a lieu de penser qu'il pourrait réussir dans certains cas d'épilepsie qui reviennent à des époques régulières. M. le docteur Falret est parvenu sur un jeune enfant, à guérir des convulsions qui dataient de plusieurs années, et pour lesquelles tous les autres moyens avaient échoué, en employant le sulfate de quinine et en continuant son usage pendant un an. Chez les sujets des observations 8 et 13, il y avait quelques symptômes précurseurs, tels que des altérations de couleur et de chaleur des mains qui précédaient l'accès, et on saisissait ce moment pour donner à hautes doses le sulfate de quinine. C'est de tous les moyens qu'on peut porter dans l'estomac, au début d'une névralgie ascendante celui sur lequel il faudraitprobablemele plus comp-

ter. Il serait peut-être utile de tenter son emploi à très haute dose dans la rage; mais en même temps il faudrait détruire la partie mordue ou blessée, car la cause est là qui entretient le mal, et le quinquina ne paraît avoir de prise que sur l'intermittence et la périodicité.

Tels sont, dans mon opinion, les principes d'une médication rationnelle dans les névralgies ascendantes. C'est à l'empirisme à faire le reste; c'est à lui de tenter les moyens si nombreux qu'il prodigue depuis tant de siècles, et qu'il puise dans les substances inertes ou dans les poisons; c'est à lui de rechercher jusqu'à quel point l'assa-fœtida a réussi dans l'hystérie; le nitrate d'argent (auquel presque tous les observateurs ont renoncé) a été utile dans l'épilepsie; jusqu'à quel degré l'ammoniaque ou l'opium ont compté des succès dans le tétanos, et à essayer ces innombrables remèdes secrets contre la rage, remèdes qui guérissent les gens qui se portent bien et n'empêchent pas les hydrophobes de périr. Depuis quelque temps on parle beaucoup d'empyrisme en thérapeutique. On en a fait beaucoup plus encore depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. Que de tentatives dangereuses, que d'essais inutiles, ont été faits dans les névroses, et cependant combien peu est-il resté de médicaments dont les effets avantageux soient constatés! Avant de rechercher sans cesse l'action de substances nouvelles, apprécions bien l'efficacité de celles que nous connaissons, et faisons-le rationnellement; étudions en anatomistes les lésions des organes; en physiologistes, les phénomènes et la marche des maladies; en médecins le diagnostic et les indications: alors nous pourrons faire de l'empyrisme; mais ce sera de l'empyrisme rationnel et fécond en résultats pratiques.

IMPRIMERIE D'HIPPOLYT TILLIARD, RUE DE LA HARPE, 88.

MÉMOIRE

SUR L'ÉTAT DE LA RATE

DANS

LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

MÉMOIRE

SUR L'ÉTAT DE LA RATE

DANS

LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

La plupart des auteurs ont observé qu'à la suite des fièvres intermittentes, et dans les pays marécageux, la rate augmente de volume : ce fait était trop ordinaire pour qu'il pût échapper à l'examen même le plus superficiel. Cette lésion était du reste considérée comme un effet éloigné de la fièvre, et comme une obstruction se développant dans la rate et pouvant aussi se manifester dans le foie.

Telles paraissent avoir été les opinions de Fernel et de Baillou. Sydenham pensait que la dureté du ventre et l'hydropisie suivaient les fièvres d'automne et disait : « On n'a aucune espérance de délivrer les » enfans de la fièvre d'automne qui a duré pendant long-temps, que lors- » que la région de l'abdomen, surtout vers la rate, a commencé à se dur- » cir et à se tuméfier; car à mesure que ce symptôme vient, la fièvre » s'en va. » (*Méd. pratiq. traduction de Jault*, pag. 73).

Il en dit autant de l'enflure des jambes : on peut admirer le talent de Sydenham et être fort loin d'adopter une assertion si contraire aux faits. Morgagni, qui a réuni un grand nombre de documens sur les lésions organiques de la rate, ne chercha guère à étudier les rapports que ces lésions peuvent avoir avec la fièvre. Sauvages reconnaissait bien l'existence d'une fièvre quarte-splénalgique, mais il ne citait qu'un fait, fort constesté d'ailleurs par Bosquillon. Cullen songeait beaucoup plus à sa théorie des fièvres qu'à rechercher la lésion de la rate. Cet organe, suivant Portal, est fréquemment gonflé et durci chez ceux qui sont atteints de fièvre quarte, et le foie l'est plus communément dans les tierces. M. Audouard s'occupa de ce sujet avec plus de soin en 1818, et pensa qu'il était présumable que la rate était le mobile de la fièvre intermittente; du reste, il n'a pas assez publié d'observations sur ce sujet pour

que sa manière de voir fût accueillie par le public médical. Une discussion qui s'éleva entre M. Roche et lui fut complétement à l'avantage du premier, et la chose resta où elle en était; aussi M. Ribes dit-il, en 1820, que malgré ses propres recherches sur les cadavres et les sources nombreuses dans lesquelles il a puisé, il n'a rien trouvé touchant les causes, les signes et le traitement des maladies de la rate qui ne fût encore incertitude et obscurité.

Comment n'en eût-il pas été ainsi quand on se rappelait les expériences alors récentes de M. le professeur Dupuytren, publiées par M. Assolant, où un très-grand nombre d'animaux auxquels on avait extirpé la rate avaient continué à se bien porter, et lorsque quelques cas analogues avaient été observés chez l'homme? D'ailleurs les opinions du professeur du Val-de-Grâce sur le siége des fièvres, exagérées par quelques-uns de ses élèves, semblaient devoir rapporter tous les symptômes des fièvres d'accès au tube digestif, tandis que les travaux sur le système nerveux et surtout ceux de Georget, portaient à attribuer à celui-ci le siége unique des fièvres intermittentes. Ce n'étaient certainement pas là des idées susceptibles de conduire à des recherches sur les variations de volume que la rate présente dans les fièvres.

Cependant M. Bally, de l'Hôtel-Dieu, étudia de nouveau l'hypertrophie de la rate dans les fièvres intermittentes. Il fit plus, dans une infinité de cas, il parvint à la guérir par l'emploi du sulfate de quinine à haute dose; d'un autre côté, Bailly de Blois vit à Rome des cas de fièvres pernicieuses où la rate était ramollie et rompue. M. le professeur Andral remarqua que ce viscère pouvait s'élever très-haut sous le diaphragme. Mais comme il l'avait vu souvent varier de volume à l'occasion des troubles survenus dans la circulation et la respiration, il crut que cet état était plutôt effet que cause. M. le docteur Cerveau, témoin d'un grand nombre de cas de fièvres intermittentes, dans lesquelles on avait constaté par le plessimètre et presqu'au début de la maladie, l'augmentation de volume de la rate, choisit ce sujet pour sa dissertation inaugurale, et publia quelques-unes de mes idées sur l'intermittence et les fièvres intermittentes. Il mentionna aussi quelques recherches que lui avait communiquées M. le docteur Trousseau, d'après lesquelles il paraîtrait que ce médecin admet, ainsi, je

crois, que le fait M. Récamier, deux faits capitaux dans les fièvres intermittentes, l'un la décoloration du sang, assez analogue à la chlorose; l'autre, l'hypertrophie, le ramollissement et quelquefois des foyers apoplectiques dans la rate. Dans quatorze cas de fièvres intermittentes pernicieuses qu'aurait vus M. Trousseau, la rate aurait été ramollie.

Ces faits et ces recherches n'établissent pas si, dès les premiers accès d'une fièvre intermittente, la rate est hypertrophiée, si elle varie de volume avant, pendant ou après les accès. Ils n'ont pas fait apprécier avec une exactitude rigoureuse le degré d'action des divers agens thérapeutiques sur les dimensions de ces organes; ils n'ont pas permis de déterminer si le quinquina modifie l'état de la rate avant que l'époque de l'accès suivant soit arrivée; on ne pouvait par les moyens de diagnostic ordinaires donner à la solution de ces questions tout-à-fait importantes sous le rapport de la nature et du traitement des fièvres intermittentes. La percussion bien faite et en quelque sorte minutieuse peut seule porter quelque jour sur ce sujet. La palpation ne faisant apprécier que le bord inférieur de la rate, et cela, dans des cas où elle est énorme, (et quelquefois ne pouvant pas faire trouver ce viscère bien qu'il soit très-gros, c'est-à-dire dans les cas où, comme l'a remarqué M. le professeur Andral, la rate soulève beaucoup de diaphragme par en haut); la palpation, dis-je, ne pouvait servir à étudier convenablement des faits du même genre que les suivans, qui forment la partie clinique de ce mémoire.

ANCIENNE FIÈVRE QUARTE. — FIÈVRE QUOTIDIENNE DEPUIS UN MOIS. — HYPERTROPHIE MÉDIOCRE DE LA RATE. — EMPLOI DU SULFATE DE QUININE. — GUÉRISON PROMPTE.

Obs. I (1). — Ernest (Adèle), âgée de 17 ans, couturière, éprouve deux ans auparavant une fièvre quarte qui dura huit mois. Cette femme est atteinte depuis un mois d'accès fébriles, caractérisés par le frisson, la chaleur et la sueur, et qui se déclare le soir de chaque jour, mais d'une manière peu régulière; aucun symptôme gastro-intestinal n'a lieu, soit pendant le paroxisme, soit lors de l'apyrexie, durant laquelle il n'y a qu'un peu de céphalalgie.

(1) Observation recueillie par M. Putégnat.

La rate, mesurée par la percussion, a six pouces de hauteur et s'étend aussi vers la ligne médiane. On limite cet organe par des lignes avec le nitrate d'argent, et on trouve par la percussion médiate que la rate a de l'épaisseur; la palpation, du reste, ne donne aucun document sur le volume de cet organe, précisément parce qu'en bas et à gauche il ne déborde pas la saillie du thorax.

Le 21 août, jour de l'entrée d'Adèle à la clinique, on prescrit la tisane commune et le quart. L'accès a lieu le 21 au soir et le 22 comme les jours précédens.

Le 23, 10 grains de sulfate de quinine en trois doses; la première, de 4 grains, prise au moment de la visite; la seconde à midi, la troisième à 5 heures. L'accès du soir manque, et quelques frissons ont lieu le matin. Une selle liquide dans la nuit.

Le 24 au matin, la rate est beaucoup moins volumineuse; mais quelques coliques qui ont lieu, et la légère diarrhée de la nuit, portent à suspendre l'usage du sulfate de quinine et à y substituer l'eau de gomme, des cataplasmes et la diète.

Le 25, la diminution de la rate est beaucoup plus marquée; l'organe n'a pas plus de trois pouces et demi dans tous les sens, et est aussi bien moins épais. Plus de fièvre.

Quelques coliques persistent les jours suivans; on permet des alimens par gradation, et la malade sort guérie le 27.

FIÈVRE TIERCE ANCIENNE ET REBELLE. — HYPERTROPHIE MÉDIOCRE. — EMPLOI DU SULFATE DE QUININE A LA DOSE DE 20 GRAINS. — GUÉRISON RAPIDE DE LA FIÈVRE ET DE L'HYPERTROPHIE.

OBS. II (1). — Marguerite Collet, âgée de 25 ans, a été prise à Nantes d'une fièvre intermittente tierce. Cette fièvre très-rebelle céda à plusieurs reprises au sulfate de quinine; mais presque immédiatement après, elle récidiva.

Le 1er juin 1832, lors de l'entrée de Collet à l'hôpital de la Pitié, salle Notre-Dame, n. 14, la fièvre revenait depuis fort long-temps tous les deux jours; le frisson commençait à 11 heures, durait jusqu'à une heure, et la chaleur, ainsi que la sueur, persistaient jusqu'à 8 heures; le ventre était tuméfié depuis plusieurs mois. Les règles avaient cessé de couler; la malade dit avoir éprouvé la jaunisse, mais elle n'a autre chose que la teinte jaune grisâtre qui accompagne les fièvres intermittentes prolongées. La rate a 5 pouces de hauteur et de largeur; son épaisseur est grande; elle dépasse de 3 pouces le rebord des côtes, ce dont on peut s'assurer aussi par la palpation.

Le sulfate de quinine fut donné à la dose de 20 grains pendant plusieurs jours

(1) Observation recueillie par M. Balme-Dugaray.

de suite; la rate diminua dès le lendemain de hauteur, de largeur et de matité en rapport avec l'épaisseur. La fièvre cessa, et la malade sortit le 9 juin, ne présentant aucun symptôme de maladie.

FIÈVRE QUOTIDIENNE ANCIENNE. — FIÈVRE QUOTIDIENNE NOUVELLE DATANT DE 8 JOURS. — HYPERTROPHIE DE LA RATE. — GUÉRISON PROMPTE PAR LE SULFATE DE QUININE.

Obs. III (1).— Monnet, âgé de 23 ans, colporteur, entré à l'hôpital le 10 mai, habite Paris depuis deux mois. Il était délivré depuis quatre mois d'une fièvre d'accès quotidienne qui en avait duré cinq, pendant qu'il était dans son pays; mais elle a reparu depuis 8 jours. Tous les jours, elle a lieu entre midi et 5 heures du soir. D'abord frisson, puis chaleur et sueur abondante. Ordinairement, l'accès dure deux heures et il est suivi d'un grand mal de tête.

Les 11 et 12, l'accès est revenu chaque jour à midi; le pouls est plein, fréquent. Le malade tousse beaucoup. (Saignée de 3 palettes; diète.)

Les 13 et 14, l'accès est retardé. C'est de 7 à 8 heures du soir qu'il paraît. (Tisane amère, diète.)

Le 16, M. Piorry fait la visite en remplacement de M. Bouillaud; la rate, circonscrite par la percussion médiate, au moyen du plessimètre, offre 5 pouces dans son diamètre vertical. (Quinze grains de sulfate de quinine, tisane amère, diète.)

Le 17 mai, la rate n'a pas diminué de volume. Seulement, elle s'est déplacée; elle est descendue d'un pouce, et cependant hier il n'y a point eu d'accès. (Trente grains de sulfate de quinine en quatre doses : 10 grains, 8 grains, 6 grains et 6 autres grains de 3 heures en 3 heures.)

Le 18, 24 grains seulement ont été pris; le malade a eu peur, et n'a pas voulu prendre la dernière dose. Il ne s'est pas manifesté le plus léger accident du côté des voies digestives. (Trente-cinq grains de sulfate de quinine, tisane, trois bouillons.)

Le 19, le malade va très-bien; l'accès n'a pas reparu; la rate est diminuée de deux pouces en haut, d'un pouce en bas et d'un pouce en avant. (Trente grains de sulfate de quinine administrés comme les jours précédens; le quart d'alimens.)

Le 20, la fièvre n'a pas reparu. (Vingt grains de sulfate de quinine.)

Le 21 et le 22, le malade se trouve parfaitement; les forces sont revenues. (Douze grains de sulfate.)

Les jours suivans, guérison complète.

---

(1) Recueillie par M. Balme-Dugaray.

FIÈVRE TIERCE ANCIENNE GUÉRIE DEPUIS LONG-TEMPS. — FIÈVRE QUARTE RÉCENTE. HYPERTROPHIE DE LA RATE. — GUÉRISON PROMPTE DE LA FIÈVRE ET DE L'HYPERTROPHIE DE LA RATE, PAR LE SULFATE DE QUININE.

Obs. IV (1). — Au n° 12 de la salle Saint-Joseph est couché le nommé Crou, âgé de 20 ans, cuisinier. Il y a vingt-cinq jours qu'il est revenu d'Alger, où il a habité pendant huit mois, et où il a été atteint de fièvres d'accès qui en ont duré cinq, à partir du mois de juin 1831. Elles avaient le type tierce; c'était à cinq heures ou à cinq heures et demie du matin que l'accès avait lieu. A cette époque les hôpitaux d'Alger renfermaient cinq ou six cents fiévreux, et beaucoup mouraient à la suite des complications survenues soit du côté du cerveau, soit du côté du ventre.

La fièvre avait été coupée chez ce malade par des préparations de quinquina, concurremment avec un traitement antiphlogistique dirigé contre des symptômes cérébraux qui étaient survenus. Aujourd'hui 14 mai, tous les organes contenus dans les différentes cavités ont été trouvés sains, à l'exception de la rate, que la percussion médiate, au moyen du plessimètre, a montrée très-volumineuse. Mesurée dans toutes ses dimensions, nous avons trouvé six pouces environ pour le diamètre vertical, et quatre pouces pour le diamètre transversal.

Crou n'a eu encore que trois accès qui sont venus à six heures du matin tous les quatre jours. Celui de ce matin, que j'ai observé, a duré une heure trois quarts : stade de froid, trois quarts d'heure; stade de chaleur, une demi-heure; stade de sueur demi-heure aussi. A la visite qui a eu lieu à huit heures l'accès était complétement dissipé; il ne restait plus que quelques douleurs de tête et de la lassitude dans les membres. (Tisane amère, le quart d'alimens.)

Le 16 mai, c'est demain que doit venir l'accès. La rate n'a pas diminué de volume, non plus que les jours précédens. Aucune douleur ne se fait sentir dans la région qui la contient. (15 grains de sulfate de quinine, pris en quatre fois. Première dose 5 grains; deuxième dose 4 grains; troisième dose 3 grains; quatrième dose 3 grains; de trois heures en trois heures; tisane amère; trois bouillons.

Le 18, point d'accidens. (15 grains de sulfate de quinine; tisane amère; le quart d'aliment.)

Le 20, l'accès n'a pas eu lieu; mais le malade a ressenti encore à 6 heures du matin un frisson général suivi d'un peu de chaleur après. La rate n'a pas augmenté de volume appréciable. On ne prescrit que six grains de sulfate de quinine; et le 23, l'accès n'ayant pas reparu, le malade demande à sortir.

---

(1) Recueillie par M. Balme-Dugaray.

FIÈVRE QUOTIDIENNE DATANT DE QUINZE JOURS. — RATE DE HUIT POUCES DE HAUTEUR. — SAIGNÉE. — LA FIÈVRE PERSISTE ET LA RATE NE VARIE PAS DE VOLUME. TROIS JOURS APRÈS EMPLOI DU SULFATE DE QUININE. — DIMINUTION SUBITE ET TRÈS-GRANDE DANS LES DIMENSIONS DE LA RATE. — CHOLÉRA TYPHOÏDE. — GUÉRISON APRÈS UNE LONGUE CONVALESCENCE.

Obs. V. — Euphrasie Duflot, âgée de 22 ans, d'une constitution faible, domestique, arrivée à Paris de la veille, entra à la Pitié, salle Notre-Dame, n° 6, le 27 juillet 1832. Elle habitait un pays marécageux. Depuis quinze jours elle éprouve des frissons le soir; une chaleur vive et de la soif succèdent et durent toute la nuit. Elle se plaint seulement de la tête; aucun symptôme gastro-intestinal; le cœur, le foie, les poumons percutés, auscultés, sont sains et ne donnent lieu à aucun indice de souffrance. La rate déborde sur les fausses côtes. Sa hauteur de haut en bas est de huit pouces; on ne peut la limiter en arrière, mais on la suit en avant à deux pouces de la ligne médiane. La matité du son et la résistance que le doigt éprouve font aussi reconnaître qu'elle a beaucoup d'épaisseur. (Diète; saignée générale de plus d'une livre; eau de gomme.)

Le 29, la fièvre revient quatre heures plus tard; mais elle dure autant que la veille, et l'étendue de la rate n'est en aucune manière modifiée. (Tisane commune; diète.)

Le 30, accès de fièvre à peu près à la même heure. La rate n'est pas diminuée. (Trois doses de sulfate de quinine; la première de 5 grains, la deuxième de 3, la troisième de 2.) Aucunes nausées, aucune colique ne suivent l'administration du sel de quinquina. La nuit suivante il y a à peine quelques frissons.

Le 31 au matin, la hauteur de la rate est diminuée de trois pouces. (10 grains de sulfate de quinine; le quart.) Apyrexie.

Le 1[er] août, la rate est encore diminuée de deux pouces, et la percussion pratiquée sur elle fait entendre au-dessous et d'une manière très-évidente le son de l'intestin. Dévoiement le soir. (Cataplasmes; lavemens émolliens; solution de gomme; diète.)

Le 2 août, trois vomissemens, neuf selles cholériques; puis pouls presque imperceptible, voix cassée, facies cholérique; membres, nez froid; absence d'urine; la rate est tellement diminuée qu'on peut à peine la retrouver par la percussion. (Vésicatoire sur les côtés de la colonne vertébrale, cataplasme, glace à l'intérieur).

Les jours suivans les symptômes cholériques persistèrent et prirent ensuite la forme de l'entérite typhoïde; cependant après une convalescence fort longue et entravée par une rougeole qui se déclara vers la fin, cette femme se rétablit et sortit de l'hôpital le 21 septembre.

FIÈVRE QUOTIDIENNE DATANT DE DOUZE JOURS, — RATE DE SIX POUCES DE HAUTEUR ; ADMINISTRATION DU SULFATE DE QUININE ; LE SURLENDEMAIN TROIS POUCES DE DIMINUTION DANS LA HAUTEUR DE LA RATE. — LE TROISIÈME JOUR ATTEINTE DE CHOLÉRA TYPHOÏDE. — GUÉRISON.

Obs. VI (1). — Michel Clozel, relieur, âgé de 26 ans, né à Strasbourg, ayant toujours joui d'une bonne santé, éprouvait depuis douze jours des accès de fièvre quotidienne, dont les accès avaient lieu vers le soir. Le frisson durait une heure; la chaleur et la sueur sept autres heures. Ce malade entra à la Pitié le 10 juillet, salle Saint-Joseph, n° 11. Les symptômes, le facie, étaient ceux qu'on observe dans la fièvre intermittente.

La rate fut limitée par la percussion médiate avec le plus grand soin; elle avait six pouces de haut en bas et dépassait à peine le rebord costal; on ne pouvait la limiter en arrière, mais elle s'étendait fort loin en avant; la percussion forte trouvait encore de la matité et une résistance assez forte au doigt qui la percutait. Le diagnostic fut donc : fièvre intermittente; hypertrophie de la rate.

Le 13, douze grains de sulfate de quinine sont administrés en trois doses à partir de l'accès qui se termine.

Le lendemain 14, pas de diminution dans le volume de la rate, dont la matité est toujours la même. La fièvre reparaît à l'heure ordinaire. 15 grains de sulfate de quinine.

Le 15, la rate est diminuée de près de deux pouces de haut en bas et d'arrière en avant. Elle est beaucoup moins mate à la percussion. Absence de fièvre.

Le 16, la rate est réduite à trois pouces dans tous les sens. La percussion forte fait entendre sur l'espace qu'elle occupe le son de l'intestin. La fièvre du soir manque; mais le soir diarrhée très-abondante, séreuse; vomissemens, crampes, puis réfrigération, en un mot choléra algide. La fièvre ne reparut pas et la rate fut réduite à des dimensions très-minimes. Sous l'influence de boissons chaudes, à très-petites doses répétées, et de quelques excitans de la peau, ces symptômes graves se dissipèrent, et dix jours après le malade était guéri. Cependant il resta à l'hôpital jusqu'au 14 août, époque à laquelle il sortit.

FIÈVRE TIERCE DATANT DE DIX JOURS. — HYPERTROPHIE DE LA RATE DE SEPT POUCES DE HAUTEUR. — QUINZE GRAINS DE SULFATE DE QUININE. — CHOLÉRA TYPHOÏDE. — MORT.

Obs. VII. — Potrou, âgé de 19 ans, d'une forte constitution, maçon, n'ayant jamais été malade, arrivé à Paris depuis six semaines, venant d'un pays maréca-

(1) Recueillie par M. Balme-Dugaray.

geux, habitait depuis son arrivée une chambre assez grande, mais où demeuraient sept personnes. Il fut pris, le soir du 6 juillet 1832, de frissons avec mal de tête, puis de chaleur et de sueur; les accidens durèrent six heures et le malade revint bientôt à la santé. Cependant, tous les deux jours, les accidens reparurent. Cinq accès se déclarèrent et les derniers étaient plus forts que les premiers. Il entra le 18 juillet à la clinique de la Pitié. Il était alors sans fièvre; mais l'air de stupeur que présentait sa physionomie porta d'abord à soupçonner une fièvre typhoïde dont aucun autre symptôme ne révélait du reste l'existence. Comme le malade avait fort mal rendu compte des accidens qu'il avait éprouvés, on était loin de soupçonner une fièvre intermittente, quand la percussion de l'hypocondre gauche y fit trouver une matité insolite. La rate avait sept pouces de hauteur; elle s'étendait jusqu'au foie et dépassait seulement d'un pouce le rebord costal. L'épaisseur de l'organe était considérable, car le doigt éprouvait en percutant une résistance très-marquée, et quelque forte que fût la percussion, l'intestin ou l'estomac ne faisaient pas entendre le son qui leur est propre. Dans la crainte que des fluides ne fussent contenus dans l'estomac et en imposassent sur la présence de la rate, on fit coucher le malade sur le côté droit et la matité resta la même à gauche. Ce fut alors qu'on interrogea de nouveau Potrou et qu'on apprit qu'il avait eu la fièvre d'accès dont il a été question. On attendit le retour d'un paroxisme pour vérifier encore plus le diagnostic et pour donner le quinquina.

Le 20 juillet, à 8 heures du matin, frissons qui durèrent une heure; la peau était chaude, bien que le malade y ressentît du froid; la rate, pendant la durée du frisson, augmenta d'un pouce encore; la chaleur succéda, la peau devint brûlante, et la sueur dura jusqu'à 8 heures du soir. Pendant l'accès, boissons adoucissantes; chaudes durant le frisson, fraîches pendant la chaleur, tièdes lors de la sueur; après l'accès, 15 grains de sulfate de quinine en trois prises.

Le 21, apparence de santé parfaite; la rate est diminuée d'un pouce en haut et d'autant en bas; elle est réduite à 5 pouces. Cependant on ne peut encore la distinguer du foie, dont elle touche l'extrémité gauche. Du reste, dans la matinée, aucun symptôme gastro-intestinal. 15 grains de sulfate de quinine. Douze selles de matières jaunes, quelques coliques.

Le 22, point de vomissemens, urines normales, point de crampes. L'interne ne crut pas que les symptômes fussent graves; on ne donna pas les dernières doses de sulfate de quinine; vomissemens. Le soir une potion fortement excitante est donnée et les vomissemens s'arrêtent. 15 sangsues appliquées à l'anus, très-tard, donnent beaucoup de sang.

Le 23, un changement incroyable est survenu. Facies cholérique au plus haut degré; tache de la sclérotique, paupières inertes, nez effilé, joues excavées, teinte plombée, lèvres violettes; réfrigération du nez, des oreilles, des mains, des pieds; langue froide et violacée; des selles claires comme de l'eau ont eu lieu toute la nuit; crampes, abattement moral; pouls petit, filiforme, à 200 pulsations

par minute ; le lobe gauche du foie s'est retiré de trois pouces à droite et le reste du viscère est diminué dans la même proportion. La rate, examinée aussi par la percussion, est réduite à deux pouces et demi et est séparée du foie par une distance de quatre pouces. Le cœur est aussi très-petit; les poumons sont très-sonores en arrière. Le repassage de la région rachidienne n'empêcha pas la mort, qui eut lieu un quart d'heure après la visite.

NÉCROPSIE FAITE 24 HEURES APRÈS LA MORT.

Cyanose moins prononcée que pendant la vie. Raideur cadavérique. La cautérisation a laissé peu de traces. Le derme est intéressé dans quelques points. Muscles colorés. Sclérotique comme pendant la vie.

Abdomen. Injection marquée à l'extérieur de l'intestin grêle dans toute l'étendue de celui-ci. Il est rempli d'un liquide blanc, séreux, floconneux comme de l'eau de riz. Vers le cœcum, le liquide est légèrement coloré en rouge. La membrane muqueuse est partout injectée, et cela d'autant plus qu'on l'examine plus près du gros intestin. Une éruption de follicules ou de vésicules remarquables, de la grosseur d'un grain de millet, présentant un petit point noir au centre, occupe l'intestin grêle, et est plus apparente dans les dernières portions de celui-ci. Les glandes de Peyer sont peu développées et il n'y a pas d'ulcérations. Dans le gros intestin, on remarque aussi des granulations vésiculeuses, mais moins développées que dans l'iléon. La membrane muqueuse gastrique est injectée et ramollie vers la grosse extrémité.

Foie. Cet organe, d'une couleur foncée, est engorgé, ramolli; son volume est en rapport avec ce que la percussion avait annoncé.

Rate. Très-ramollie, ne formant qu'une espèce de bouillie comme de la lie de vin, présentant le volume désigné avant la mort.

Reins. Sains; injectés, ne contenant pas la moindre trace d'urine.

Vessie. Petite, rétractée, vide.

Poumons. Sains, non crépitans, affaissés à l'ouverture. Bronches pâles ne contenant pas d'écume.

Veines. Remplies d'un sang noir comme du goudron. Cœur petit, engorgé.

FIÈVRE QUOTIDIENNE DATANT DE 10 JOURS. — HYPERTROPHIE DE LA RATE. — ADMINISTRATION DU SULFATE DE QUININE. — GUÉRISON RAPIDE.

OBS. VIII (1). — Marais, âgé de 30 ans, colporteur demeurant près du canal, faubourg du Temple, ayant eu à Bordeaux quelques accès de fièvre et ayant alors

(1) Recueillie par M. Balme-Dugaray.

souffert dans les côtés, n'en avait éprouvé aucune atteinte depuis plus d'un an, lorsque, le 12 juin, il éprouva vers le soir un frisson violent accompagné de tremblement qui dura trois quarts d'heure, et qui pendant trois heures fut suivi de chaleur et de sueur. Dix accès, revenant à trois heures chaque soir, se suivirent. Marais entra le 21 juin à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Joseph, n. 11.

Le 22, aucun symptôme en rapport avec les organes gastriques, circulatoires ou respiratoires; absence de fièvre; ictère splénique; foie de volume normal; la rate, limitée par la percussion médiate, a 6 pouces de hauteur, et on trouve d'avant en arrière, dans l'hypocondre gauche, de la matité dans 10 pouces de la circonférence du tronc. Cette matité est assez marquée pour prouver que l'organe qui lui correspond est très-épais. (Prescription : 12 grains de sulfate de quinine en trois doses, tisane de camomille, diète.) Par une fâcheuse erreur, on ne donne que la première prise avant l'accès.

Le 23, la grosseur de la rate est la même; la fièvre a reparu sans aucun changement. (Vingt grains de sulfate de quinine aux doses de 8 grains, 6 grains, puis 6 grains, prises de deux en deux heures.)

Le 24, diminution de la rate d'à peu près 4 lignes en tous sens. L'accès du soir manque. (Même prescription; le quart.)

Le 25, diminution de 3 lignes aussi dans tous les sens. (Même prescription; la demie.)

Le 26, la matité de la rate est beaucoup moins marquée; diminution de plus d'un pouce dans son étendue en largeur et en hauteur. Aucun accès fébrile. (Les trois quarts.) On cesse l'usage du sulfate de quinine.

Le 28, la rate est revenue à son état normal.

Le 29, Marais sort entièrement guéri.

FIÈVRE QUOTIDIENNE DATANT DE 8 JOURS. — HYPERTROPHIE CONSIDÉRABLE DE LA RATE. — SAIGNÉE AU ONZIÈME ACCÈS : LA FIÈVRE CESSE; L'HYPERTROPHIE DE LA RATE CONTINUE ET NE SE DISSIPE QU'APRÈS L'EMPLOI DU SULFATE DE QUININE.

Obs. IX (1). — La fille Robinot, âgée de 20 ans, marchande des quatre saisons, entra à la clinique de la Pitié, salle Notre-Dame, n. 20, le 26 juillet 1832. Sa constitution était bonne, et elle n'était pas habituellement malade; elle éprouve, depuis le 18 juillet, c'est-à-dire depuis 8 jours, des frissons qui commencent dans la nuit, durent près d'une heure, sont suivis de chaleur et de sueur qui ne se dissipent que vers midi. En même temps et pendant l'apyrexie, il y a peu d'appétit, point de soif, quelques douleurs de tête. Le premier jour, on reconnut par la

(1) Observation recueillie par M. Laurence Tremain.

percussion (car la palpation ne donnait sous ce rapport aucun résultat) que la rate avait 7 pouces de hauteur et 5 pouces au moins d'avant en arrière ; le foie n'était pas hypertrophié ; une teinte spéciale et jaune grisâtre des tégumens semblait plutôt en rapport avec la souffrance de la rate qu'avec celle du foie ; la conjonctive était plutôt bleue que jaune. (Limonade ; la demie.)

Le 27, accès de fièvre.

Le 28, nouvel accès ; la rate continue à être hypertrophiée.

Le 29, même état. (Une saignée proportionnée à son influence sur le pouls.)

Le 30, il n'y a pas d'accès. La rate reste hypertrophiée et n'a pas varié de volume. (Le quart de la portion pour alimens.)

Le 31, point de fièvre, mais céphalalgie ; la rate a toujours le même volume. (Dix grains de sulfate de quinine en trois doses.

Le 1[er] août, absence de fièvre, diminution marquée dans le volume de la rate. (Bains de pied pour remédier à la céphalalgie qui persiste ; continuation du sel de quinine.)

Le 2, la rate est diminuée d'un pouce. (Même traitement.)

Le 4, aucun accident ne survient ; la rate a trois pouces dans tous les sens. La malade sort guérie de l'hôpital.

FIÈVRE QUOTIDIENNE DATANT DE 8 JOURS. — HYPERTROPHIE CONSIDÉRABLE DE LA RATE. — ADMINISTRATION DU SULFATE DE QUININE. — GUÉRISON.

Obs. X (1). — Dupontchel, âgé de 18 ans, cordonnier, demeurant dans un lieu humide, éprouvait depuis une douzaine de jours quelques malaises, suivis bientôt d'une fièvre quotidienne intermittente, dont l'accès, commençant la nuit par des frissons, continuait sous la forme de chaleur et de sueur pendant toute la matinée. Dans l'intervalle du paroxisme, la santé est bonne. Entré à la clinique de la Pitié, il était à la visite au moment de la chaleur. Du reste, il n'y avait pas d'autres symptômes de lésions locales qu'une hypertrophie de la rate, qui avait 7 pouces dans tous les sens.

Les 18, 19 et 20, on borne le traitement à un régime sévère et à des boissons adoucissantes. La rate conserve le même volume et la fièvre persiste avec les mêmes symptômes, la même durée, et survient aux mêmes heures.

Les exemples de choléra survenus après l'emploi du sulfate de quinine avaient engagé à suivre cette méthode d'expectation ; mais la voyant inutile, on se décida le 21 à prescrire 10 grains de sulfate de quinine.

Le 22, la rate est diminuée de 2 pouces. Il n'y a pas d'accès fébrile. (Continuation du même moyen.)

(1) Recueillie par M. Putégnat.

Le 23, nouvelle diminution d'un pouce et demi dans les dimensions de la rate; absence de fièvre; aucun dévoiement. (On cesse l'emploi du sulfate.)

Le 24, la rate semble augmenter un peu de volume. (Nouvelle prescription de la même dose de quinquina.)

Le 25, retour complet à la santé; la rate est plutôt petite que grosse. Le malade sort de l'hôpital.

FIÈVRE TIERCE. — HYPERTROPHIE DE LA RATE AU QUATRIÈME ACCÈS. — SAIGNÉE QUI PRÉVIENT L'ACCÈS; PERSISTANCE DE L'HYPERTROPHIE.

Obs. XI (1). — Monnier, âgé de 26 ans, teinturier, demeurant près de la rivière de Bièvre, d'une forte constitution, éprouvait depuis 8 jours quelques malaises, lorsque le 25 juillet il éprouva pour la première fois un frisson suivi de chaleur et de sueurs, symptômes qui persistèrent 7 heures et qui se renouvelèrent les 27, 29 et 31 juillet, époque à laquelle Monnier entra à la clinique de la Pitié, salle Saint-Joseph, n. 8.

Le 1er août, il n'y a d'autre symptôme de maladie qu'une hypertrophie de la rate, qui, mesurée par la percussion, a 6 pouces de hauteur et de largeur, et une épaisseur considérable. (Saignée proportionnée à son influence sur le pouls; solution de gomme; diète.)

Le 2, légère fréquence dans le pouls; point de frissons. (Solution de gomme.)

Le 3, la rate aussi volumineuse que les jours précédens; appétit; soif. (Le quart pour alimens.)

Le 4, la rate conserve le même volume; point de fièvre.

Le 5, la rate est un peu diminuée.

Le 6, le malade sort de l'hôpital conservant encore une hypertrophie remarquable de la rate.

Résumé des douzième, treizième, quatorzième, quinzième, seizième, dix-septième, dix-huitième, dix-neuvième, vingtième, vingt-unième observations de fièvres intermittentes et d'hypertrophies de la rate.

Dix autres malades entrèrent encore à la clinique avec des fièvres quotidiennes ou tierces. Chez la plupart l'accès, comme il a été dit ailleurs, eut lieu le soir ou dans la nuit (compte-rendu de la clinique);

(1) Recueillie par M. Putégnat.

en sorte que le matin, à la visite, la fièvre venait de se terminer. Dans tous ces cas, à l'exception d'un seul, où la région qu'elle occupe était douloureuse, la rate fut trouvée hypertrophiée. Chez les uns, il n'y avait eu que trois ou quatre accès; chez les autres, ils avaient été plus nombreux. Il arriva que chez plusieurs, qui n'étaient pas malades depuis long-temps, la rate était très-volumineuse. Chez tous, le sulfate de quinine, administré à des doses variables entre 6 et 30 grains, détermina une diminution remarquable dans le volume de la rate et la fièvre ne reparut pas.

ENGORGEMENT DE LA RATE QUI CONDUIT A RECONNAÎTRE L'EXISTENCE ANCIENNE DE FIÈVRES INTERMITTENTES; DIMINUTION DE L'ORGANE SOUS L'INFLUENCE DU SULFATE DE QUININE.

Obs. XXII. — Un homme de 30 ans, et d'une constitution assez robuste, ressentait quelques douleurs vagues dans le côté gauche du thorax, et se plaignait d'éprouver beaucoup de gêne à respirer lorsqu'il se livrait à un exercice un peu pénible.

Des médecins, dans une ville de province, le crurent atteint d'une maladie du cœur et il vint à Paris pour consulter sur son état. L'examen physique des organes circulatoires et pulmonaires n'y trouva aucune lésion; seulement le malade éprouvait ce sentiment douloureux dans le côté gauche dont il vient d'être fait mention et qui paraissait être la cause de la dyspnée. La palpation de l'abdomen conduisit à des résultats fort incertains. Il n'en fut pas ainsi de la percussion médiate. On trouva dans l'hypocondre gauche une matité très-marquée accompagnée de résistance au doigt et qui s'étendait à un pouce au-dessous du rebord costal.

Le malade interrogé alors avoua que, plusieurs mois auparavant, il avait éprouvé des accès de fièvre intermittente, et qu'il avait habité dans des pays où elles sont communes. Il était dès lors très-probable qu'il s'agissait ici, non d'une maladie du cœur, mais d'une affection de la rate. En conséquence le sulfate de quinine fut administré à la dose de vingt grains en trois prises. Le surlendemain le volume de l'organe, qui avait été très-exactement limité avec le nitrate d'argent, avait diminué d'un pouce dans tous les sens, et j'ai alors perdu cet homme de vue.

FIÈVRE INTERMITTENTE REBELLE; POINT D'HYPERTROPHIE DE LA RATE, MAIS DOULEUR PERSISTANTE DANS CE VISCÈRE.

Obs. XXIII. — La femme ***, âgée de 40 ans, est à la Salpêtrière depuis un assez grand nombre d'années. Elle a été atteinte dans son jeune âge, à la suite d'une

affection cérébrale aiguë, de paralysie du côté gauche du corps; les membranes de ce côté sont grêles, très-faibles et atrophiées, sa constitution est débile ; elle tousse fréquemment et est pâle. L'examen physique de la poitrine n'y démontre pas la présence de tubercules. Cette femme fut atteinte, au mois d'octobre 1832, d'une fièvre intermittente tierce, pour laquelle elle entra dans les premiers jours de novembre à l'infirmerie, salle Saint-Alexandre. Les accès revenaient de deux jours l'un, le soir, commençaient par le frisson, duraient une partie de la nuit et se terminaient le matin. La rate n'était pas hypertrophiée; on la retrouvait par la percussion dans l'hypocondre gauche et sous les côtes. Elle avait tout au plus trois pouces dans tous les sens, et le son n'était pas assez mat pour qu'on pût croire à une hypertrophie dans le sens de l'épaisseur.

Mais si la rate n'était pas plus volumineuse, elle était en revanche très-douloureuse, et toutes les fois que les accès de fièvre devaient revenir, cette souffrance augmentant, le plessimètre prouvait jusqu'à l'évidence que c'était sur le point où la matité de la rate se rencontrait que la douleur avait son siége.

Le sulfate de quinine administré à la dose de 12 grains fit dissiper les accès ; la rate ne diminua pas davantage, mais la douleur devint moins vive, quoiqu'elle ne disparût pas. A plusieurs reprises, la fièvre, la souffrance splénique récidivèrent; la première céda encore momentanément au sulfate de quinine, mais reparut encore plusieurs fois. On combattit la douleur par des applications de sangsues, des cataplasmes, puis des vésicatoires et des frictions avec la pommade iodée sur la rate; et c'est seulement au mois de février que la fièvre et la douleur parurent cesser complétement. Il est à craindre cependant que la guérison ne soit pas solide et que cette femme ne rentre prochainement à l'infirmerie; car il y a ici de fortes raisons pour supposer l'existence de quelque lésion organique de la rate.

AUTRES CAS DE FIÈVRES INTERMITTENTES EN RAPPORT AVEC DES LÉSIONS D'ORGANES VOISINS DE LA RATE.

Obs. XXIV, XXV et XXVI. — Dans le compte-rendu de la clinique de la Pitié (pag. 12), j'ai cité trois faits que je ne ferai ici que rappeler. Dans l'un il s'agissait d'une pneumonie à gauche et en bas, c'est-à-dire sur un point très-voisin de la rate qui n'était pas hypertrophiée ; une fièvre d'accès se manifestait le soir; la pneumonie et la fièvre traitées par la saignée et les vésicatoires guérirent promptement ; dans l'autre, une matité dont le siége paraît avoir eu lieu dans l'hypocondre gauche, fut accompagnée d'une fièvre intermittente quotidienne qui céda, ainsi que l'inflammation du colon, à l'application de quelques sangsues et de selles spontanées; un troisième fait avait rapport à une fièvre intermittente quotidienne qui résista à des doses énormes de quinquina, un abcès qui contenait plus

d'une livre de pus avait fortement dévié la rate en avant et avait fait croire à son hypertrophie.

FIÈVRE QUOTIDIENNE DONT LES ACCÈS COMMENCENT PAR LA CHALEUR, LE FRISSON SUCCÈDE; POINT D'HYPERTROPHIE DE LA RATE; GUÉRISON PAR LE SULFATE DE QUININE.

OBS. XXVII. — Une femme d'une trentaine d'années entre à l'hôpital de la Pitié dans le courant de septembre 1832, présentant du reste l'apparence de la santé; bien réglée, elle éprouvait depuis quelque temps, et cela le soir, une chaleur d'abord légère, qui augmentait par degrés, et ensuite devenait très-vive. Cette chaleur n'était pas précédée de frissons, ni suivie de sueur; tout au contraire l'accès semblait inverse de ce qu'on observe d'ordinaire; lorsque la chaleur avait duré pendant trois ou quatre heures, des frissons légers avaient lieu et la maladie cessait. On ne trouvait du reste aucun symptôme d'affection chronique du poumon ou du tube intestinal. La rate n'était pas hypertrophiée, et un son très-clair, une élasticité parfaite se retrouvaient par la percussion sur le lieu que cet organe doit occuper; quelques grains de sulfate de quinine firent dissiper ces accidens, et, quelques jours après, cette femme sortit de l'hôpital parfaitement guérie.

Il serait facile de joindre à ces observations beaucoup de faits du même genre recueillis dans les hôpitaux, dans ma pratique particulière et à la Salpêtrière, quoique les fièvres intermittentes légitimes y soient fort rares; mais ce serait faire d'inutiles répétitions, et il suffira de dire que tous les faits que j'ai eu l'occasion d'observer ont conduit à des résultats analogues à ceux des observations précédentes. Depuis que j'ai repris le service de la Faculté à la Pitié, quatre cas de fièvres intermittentes, tierces ou quotidiennes se sont présentés. Dans tous, il y avait hypertrophie de la rate, et dans tous aussi l'organe diminua rapidement de volume sous l'influence du sulfate de quinine.

Sur les 27 cas qui viennent d'être énumérés, il y en a 21 où pendant le cours d'une fièvre intermittente la rate avait acquis un volume supérieur à celui de l'état normal qui paraît être, sur le cadavre d'après Meekel, et sur le vivant d'après mes propres recherches, de trois à quatre pouces de haut en bas, et de trois pouces d'avant en arrière. Dans quatre cas (obs. 1, 2, 3 et 4), il y avait eu d'anciennes fièvres intermittentes, qui, d'abord dissipées, avaient ensuite récidivé; quelquefois

leur type avait changé, la rechute avait eu lieu : chez un premier malade depuis un mois, et la rate avait six pouces de hauteur ; chez un second, depuis un temps assez long mais indéterminé, l'organe splénique avait cinq pouces de haut ; chez un troisième, depuis huit jours, la rate s'élevait de cinq pouces dans l'hypocondre gauche ; chez le quatrième enfin, il n'y avait eu que trois accès récens, et les dimensions de cet organe étaient de six pouces de haut en bas ; chez tous les dimensions de la rate en largeur et en épaisseur paraissaient proportionnées à sa hauteur.

Dans les dix-sept autres cas, il n'y avait pas eu d'anciennes fièvres. Dans l'un (obs. 5), les accès dataient de quinze jours seulement, la rate avait huit pouces de hauteur et elle s'étendait beaucoup en avant. Dans un autre (obs. 6), où la maladie s'était manifestée depuis douze jours, la hauteur de l'organe était de six pouces ; dans une autre (obs. 7), où la fièvre tierce datait de dix jours, la rate avait sept pouces de hauteur ; ailleurs (obs. 8), au dixième jour d'une fièvre quotidienne, la rate avait six pouces de hauteur et une largeur beaucoup plus marquée ; dans deux cas (obs. 9 et 10), une fièvre quotidienne s'était manifestée depuis huit jours seulement, et la rate avait, dans un de ces cas sept pouces de hauteur et cinq d'avant en arrière, et dans l'autre sept pouces de haut en bas comme d'avant en arrière. Dans le onzième cas, il n'y eut que quatre accès de fièvre tierce, et la rate avait déjà six pouces de hauteur.

Les dix autres faits qui se rapportaient à des fièvres récentes ont presque tous offert un développement considérable de la rate.

Il résulte de ceci que la rate n'a pas acquis un développement proportionné à la durée de la fièvre, puisque chez des gens où celle-ci était récente, la rate avait déjà sept et huit pouces de hauteur (obs. 5, 9, 10). Tandis que dans les cas où la maladie était ancienne, la hauteur de l'organe était seulement de cinq pouces (obs. 2 et 3).

Il résulte encore de ces faits que dès le quatrième ou le cinquième accès de fièvre (obs. 4, 7, 11), la rate peut acquérir déjà une hauteur de six pouces et une épaisseur proportionnée.

Le type de la fièvre n'a eu que fort peu d'influence sur le degré de l'engorgement de la rate ; dans les sept premiers cas de fièvre quotidienne la rate avait les dimensions suivantes en hauteur : 6, 5, 8, 6,

6, 7, 7 pouces; dans les trois cas de fièvre tierce, les dimensions dans ce même sens étaient celles-ci : 5, 7, 6 pouces, et dans celui de fièvre quarte, la hauteur du même organe était de six pouces.

Dans un autre cas (obs. 22), la fièvre est tierce; elle dure depuis fort long-temps, et n'est pas accompagnée d'hypertrophie de la rate; mais lorsque les accès doivent revenir, et pendant leur durée, une douleur vive se fait ressentir dans l'hypocondre gauche, et cela précisément sur le point où la percussion découvre une matité légère, il est vrai, mais qui à cause de son siége ne peut guère être rapportée qu'à l'organe splénique. Du reste, la fièvre ne se manifeste pas dans cette observation avec les symptômes tranchés et avec l'apyrexie complète des autres fièvres intermittentes.

Dans l'observation vingt-deuxième, l'engorgement de la rate est porté à un tel point qu'il gêne la respiration et qu'il en impose pour une maladie du cœur. Cette hypertrophie persiste bien long-temps après que la fièvre intermittente qui coexistait s'est dissipée.

Enfin dans les trois autres cas (obs. 24, 25 et 26), des fièvres d'accès se montrent pendant le cours ou à la suite de phlegmasie d'organes en rapport de contiguïté avec la rate.

L'hypertrophie de la rate chez plusieurs de nos malades (obs. 4 et 7), augmentait pendant le frisson; dans deux cas (obs. 7 et 11), elle diminua avant que l'époque de frisson de l'accès suivant fût arrivée, en sorte qu'il est difficile de dire que ce soit la suppression de la fièvre qui ait fait diminuer la rate, puisque la diminution de celle-ci avait précédé la réapparition de l'accès. Il est vrai que chez l'un de ces malades (obs. 7), le choléra survint et qu'on peut attribuer en partie la diminution de la rate à cette grave complication : mais ici cette diminution avait précédé de plus de vingt-quatre heures l'invasion du choléra.

Chez aucun de nos malades, à l'exception d'un seul (obs. 7), soit qu'ils fussent atteints de fièvres tierces (obs. 2 et 11), soit que leur maladie eût le type quotidien ou quarte, soit qu'elle fût récente (obs. 11 et 8), soit qu'elle fût ancienne, on ne trouva pas que le foie fût douloureux, hypertrophié, développé par en haut, étendu par en bas, ou très-saillant vers l'épigastre; le cœur, les poumons dans presque tous les cas, n'of

fraient aucune altération physique de quelque importance. Il y aurait du reste de nouvelles recherches à faire sur ce sujet.

Dans deux cas on eut seulement recours, pendant trois jours pour l'un, pendant quatre jours pour l'autre, à l'expectation, à la diète et aux boissons adoucissantes. On n'observa sous l'influence de ces moyens aucun changement, soit dans la fièvre, soit dans le volume de la rate.

On saigna assez abondamment trois de ces malades :

Le premier est celui chez lequel l'expectation continuée pendant trois jours n'avait pas fait varier le volume de la rate; celui-ci, pendant 72 heures, ne fut pas influencé par la perte de sang; l'engorgement se dissipa lentement, et ce ne fut que le septième jour que l'organe reprit son volume naturel.

Dans le second (obs. 11), la saignée est pratiquée après le quatrième accès; le cinquième manque; mais l'hypertrophie de la rate reste la même; et le sixième jour à partir de la perte de sang, l'organe commence à peine à diminuer. Le malade sort alors de l'hôpital.

Dans le troisième (obs. 5), la saignée n'arrête pas la fièvre; seulement l'accès, quoiqu'aussi violent, est retardé de quatre heures; l'hypertrophie de la rate reste la même.

Dans un cas (obs. 10), où le régime et les boissons aqueuses n'avaient produit aucun changement dans la fièvre ou dans l'hypertrophie splénique, l'administration du sulfate de quinine à la dose de 10 grains est suivie le lendemain de la cessation de la fièvre, et d'une diminution de deux pouces dans la hauteur de la rate. La guérison est dès lors très-prompte. Dans un autre qui vient d'être cité (obs. 11), où la saignée n'avait pas diminué le volume de la rate, mais où l'accès avait retardé, dix grains de sulfate de quinine furent administrés, la fièvre ne reparut pas. Le lendemain la rate était diminuée de trois pouces, mais le choléra se prononça de la manière la plus grave, et la femme qui fait le sujet de cette observation fut long-temps en danger.

Chez deux autres malades dont les cas sont compris dans les dix observations réunies (pag. 18), on fit appliquer à une ou deux reprises 20 ou 30 sangsues sur la région correspondante à la rate hypertrophiée et douloureuse. Le volume de celle-ci ne varia pas et la fièvre conti-

nua. Le sulfate de quinine fut alors administré, et en deux jours la fièvre et l'hypertrophie cessèrent.

Dans onze cas où la fièvre était récente et où les circonstances commémoratives n'indiquaient pas d'anciennes fièvres intermittentes (obs. 6, 7 et 8 des dix réunies), et où la maladie datait de huit à douze jours, le sulfate de quinine fut administré tout d'abord sans préparation, et dès le lendemain ou tout au plus tard le surlendemain, il y eut une diminution d'un, deux ou trois pouces dans le volume de la rate, et retard, diminution ou suspension de l'accès. Dans deux cas où le sel de quinquina fut administré en premier lieu et dont l'un se termina par la mort (obs. 7), et l'autre par la guérison (obs. 6), le choléra typhoïde survint de la manière la plus grave, et ce furent aussi ces malades chez lesquels la diminution la plus prompte et la plus considérable (trois pouces du jour au lendemain) eut lieu dans le volume de la rate.

Dans quatre autres cas (obs. 1, 2, 3 et 4), il y avait eu d'anciennes fièvres intermittentes, et l'on pourrait croire que l'hypertrophie de la rate datait de ces maladies premières. Ici, la diminution de la rate et la suppression des accès furent tout aussi prompts que dans les cas où la maladie était récente.

Dans un cas où l'hypertrophie de la rate existait sans fièvre (obs. 22), la diminution de l'organe après la première prise de sulfate de quinine fut encore rapide.

Chez une femme (obs. 23), où la rate était douloureuse sans hypertrophie, le sulfate de quinine fit dissiper momentanément les accès, qui revinrent fréquemment et qui résistèrent à des sangsues, à des vésicatoires, à des frictions avec l'iode, et à des narcotiques appliqués par la méthode endermique sur la région de la rate dans laquelle la douleur persista.

Dans un autre cas où existait une fièvre anormale, bien qu'il n'y eût pas d'hypertrophie de la rate, le sel de quinquina fut prescrit et les accès se dissipèrent.

Chez deux malades (obs. 24 et 25), la guérison de la phlegmasie d'organes voisins de la rate par les antiphlogistiques généraux et locaux fut suivie de celle de la fièvre. Enfin, dans un cas d'abcès voisin de la rate compliqué d'ascite, les accès furent momentanément suspendus à la suite

de l'emploi du sulfate de quinine à très-haute dose, mais la maladie revint et le malade mourut.

Les fièvres quartes et quotidiennes cédèrent tout aussi vite que les tierces à l'emploi du sulfate de quinine, et l'hypertrophie concomitante à ces affections de types divers ne résista pas plus dans les unes que dans les autres.

A part les trois cas où les symptômes cholériques se déclarèrent (obs. 1), et quelques fortes qu'eussent été les doses du sulfate de quinine, on ne put retrouver chez tous nos malades à la suite de son emploi de symptômes d'irritation du tube digestif.

Les observations précédentes conduisent à se poser les questions suivantes :

1° Quelle est la nature de l'engorgement de la rate dans les fièvres intermittentes?

Pour résoudre cette question, rappelons les faits suivans : 1° la structure de la rate, comme l'a si bien démontré M. Ribes, se compose en très-grande partie d'un lacis inextricable de veines; 2° on dit l'avoir vue chez les animaux se tuméfier dans l'intervalle des digestions et diminuer pendant cet acte; 3° M. le professeur Andral a noté son augmentation de volume à la suite de troubles survenus dans la circulation; 4° dans plusieurs cas de fièvres intermittentes pernicieuses observées par MM. Bailly de Blois et Trousseau, la rate était gorgée de sang, ramollie, et l'on y a même trouvé des foyers apoplectiques; 5° deux des malades précédemment cités périrent : l'un avait eu deux jours avant sa mort une rate énorme; elle n'était plus que ramollie sur son cadavre; l'autre sujet n'était atteint que d'une légère hypertrophie de cet organe, et il n'y avait pas eu d'autre altération de la rate, d'ailleurs comprimée par un abcès; dans ce cas cependant une fièvre intermittente d'une longue durée avait eu lieu; 6° dans quelques jours la rate acquiert, dans certains cas, un grand volume; sous l'influence du sulfate de quinine, et d'un jour à l'autre, elle diminua quelques fois d'un ou deux pouces; sous celle du sulfate de quinine et de l'invasion du choléra, cette diminution a été portée jusqu'à trois pouces en 24 heures; 7° sa diminution en épaisseur dans les mêmes circonstances est moins grande; 8° quand

des douleurs ont leur siége dans la rate ainsi hypertrophiée, ce qui n'est pas rare, c'est plutôt un sentiment de pesanteur qu'une douleur bien aiguë. Que conclure de tous ces faits? c'est qu'il est certain que l'état de la rate dont il s'agit consiste dans une congestion de cet organe. Il est vrai qu'on trouve quelquefois à la suite des fièvres intermittentes anciennes des lésions organiques de la rate, mais cela a lieu dans tous les tissus long-temps congestionnés, dans la pneumonie hypostatique, par exemple; et on ne voit pas pourquoi la rate ne s'enflammerait pas ou n'éprouverait pas des altérations dans sa texture à la suite de sa congestion, comme cela a lieu pour les poumons atteints d'une hypérémie passive et ancienne.

Notez cependant que cette congestion a quelque chose de spécial qui tient sans doute à la disposition anatomique de la rate. Sous l'influence d'une saignée et de la diète, le foie gorgé de sang diminue très-promptement. Ces moyens n'ont presque aucune influence sur le volume de la rate; et le sulfate de quinine au contraire qui n'a aucun effet sur le foie en a un très-marqué sur l'organe splénique.

2° Par quel moyen peut-on reconnaître l'engorgement de la rate?

Cette question a été traitée avec assez d'étendue ailleurs (*Traité de percussion médiate et procédé opératoire*, page 175), pour me dispenser d'y revenir ici. Remarquez seulement que M. le professeur Andral a déjà noté que la rate peut être très-grosse sans déborder les côtes, et a signalé aussi dans des cas pareils l'utilité de la percussion. Pour que cette percussion conduise ici à des résultats positifs, il faut absolument qu'elle soit faite avec le plus grand soin, et une plaque d'ivoire ou de métal et *non le doigt* donnent ces légères différences de son qui font si exactement apprécier le volume de l'organe. Il est indispensable dans des cas difficiles (mais où l'importance du sujet récompense du temps passé dans les recherches) de s'exercer sur le cadavre avant de se croire assez d'habitude pour annoncer avec assurance des résultats sur le vivant. La meilleure manière de dissiper ses propres doutes, c'est de limiter sur le cadavre avec des carrelets les points où l'on croit reconnaître la rate. Si on ne se sert pas de ce procédé, il faut après avoir limité l'organe par des lignes, lier la trachée; car si l'on ne prend pas cette précaution, aussitôt que l'abdomen est ouvert, le diaphragme n'é-

tant plus soutenu par les muscles abdominaux, remonte vers le thorax et entraîne avec lui l'organe splénique qui se trouve plus haut que les lignes tracées à l'extérieur ne l'avaient indiqué. C'est surtout sur les sujets morts de syncope que cela a lieu, et bien moins chez ceux qui ont succombé à l'asphyxie par l'écume bronchique.

Pour bien juger sur le vivant des variations journalières que la rate présente dans son volume, il faut tracer tout à l'entour des points où la matité qui lui est propre s'y rencontre une ligne non pas avec de l'encre qui s'efface, mais avec du nitrate d'argent, dont la marque persiste. Quant à l'épaisseur de l'organe splénique, il n'y a que l'habitude de la percussion qui puisse en faire juger.

La palpation est un moyen fort insuffisant pour faire juger de la dimension de la rate ; elle ne fait apprécier que la saillie de sa circonférence au-dessous des côtes, saillie qu'on ne rencontre pas dans la très-grande majorité des cas, et elle ne donne aucune notion sur l'épaisseur de cet organe.

3° L'engorgement de la rate dans les fièvres intermittentes est-il constant ?

Les faits recueillis par les auteurs sur les fièvres intermittentes ne peuvent servir à la solution de la question, parce que beaucoup d'observateurs ne possédaient pas les moyens de découvrir son état pendant la vie. M. Audouard, qui avait acquis une grande habitude de la palpation de la rate, dit l'avoir trouvée presque toujours hypertrophiée.

Dans les faits précédens, il y a eu dans 22 cas sur 27 hypertrophie de la rate ; dans un cas souffrance de la rate sans hypertrophie ; dans trois cas maladies d'organes qui touchaient à la rate, et dans le dernier, il s'agissait d'une maladie fort différente des fièvres intermittentes ordinaires, puisque la chaleur précédait la sueur. Il semblerait donc que toutes les fièvres intermittentes légitimes et franches coïncideraient avec une souffrance de la rate. Nos souvenirs pourraient du reste joindre beaucoup d'autres faits du même genre aux précédens. Toutefois ce sujet exigerait encore des travaux recueillis sur une plus grande échelle.

4° L'engorgement de la rate précède-t-il, accompagne-t-il ou suit-il la fièvre intermittente ?

Comme on consulte rarement les médecins avant que la fièvre se dé-

clare, il est difficile de résoudre cette question. C'est dans les pays tels que Rochefort, où cette maladie règne épidémiquement, qu'il faudrait faire des recherches sur ce sujet; on est réduit maintenant aux raisonnemens suivans :

Dès le quatrième accès dans un cas (obs. 11), dès le huitième jour dans deux autres (obs. 9 et 10), dès le dixième chez deux de nos malades (obs. 7 et 8), la rate avait déjà acquis un volume tout aussi marqué que celui qu'elle avait à la suite de fièvres anciennes. Il y a donc lieu de croire que l'organe est hypertrophié dès les premiers temps des fièvres intermittentes, et que l'augmentation dans son volume n'est pas du tout proportionnée à la durée de ces fièvres. Il est bien vrai que dans un ou deux cas la rate augmenta un peu de volume pendant le frisson, mais dans l'apyrexie elle revint à la dimension qu'elle avait avant; d'ailleurs le resserrement spasmodique des parois pendant le frisson pourrait bien avoir fait commettre quelques erreurs sur les variations de volume alors observées.

Chez plusieurs de nos malades, avant l'invasion de la fièvre, il y avait eu pendant quelques jours des malaises, et dans certains cas des douleurs dans le côté gauche. La rate avait-elle été malade avant les accès ? C'est ce qu'il est impossible de décider.

Ce qu'il y a de sûr, c'est que la fièvre peut cesser et l'engorgement persister non-seulement pendant plusieurs jours (obs. 9 et 11), mais pendant des mois (obs. 22), et peut-être durant des années. Cela porterait à croire que la rate n'est pas la cause de la maladie, puisque celle-ci cesse et que l'engorgement continue; mais remarquez que le plus souvent, chez ces sujets à grosse rate, il survient des frissons le soir, que ces malades conservent le teint des personnes atteintes de fièvre intermittente et qu'ils ont fréquemment des rechutes (obs. 3 et 4).

Ainsi nous ne savons pas si l'engorgement de la rate précède la fièvre, mais nous pouvons dire qu'il a lieu dès les premiers accès, qu'il se prolonge après la fièvre et qu'il paraît l'entretenir et disposer aux rechutes.

5° L'engorgement de la rate correspond-il à des fièvres de tel ou tel type? Le foie est-il plutôt affecté dans les fièvres tierces ?

Le type de la fièvre, comme il a été déjà dit, n'a pas influé dans les

cas précédemment énumérés sur le volume de la rate. L'hypertrophie de cet organe s'est rencontrée dans presque toutes les observations et tout aussi bien dans les fièvres intermittentes tierces que dans les quotidiennes ou les quartes. D'un autre côté le foie n'a augmenté de volume que dans la fièvre tierce suivie d'un choléra terminé par la mort; mais ce cas est tout-à-fait exceptionnel; ce n'est pas qu'à la suite des fièvres intermittentes le foie ne puisse devenir malade et plus volumineux; on conçoit qu'une affection de la rate peut à la longue se propager au foie, mais ce qui paraît certain, c'est que l'engorgement de ce viscère ne se présente dans les maladies que comme complication ou comme épiphénomène, et nullement comme lésion constante et en rapport avec la fièvre.

6° Quelle est la nature des fièvres intermittentes?

L'intermittence et la périodicité, comme l'avait déjà remarqué Sauvages, sont des phénomènes naturels qui appartiennent à la plupart des fonctions de la vie et entre les battemens du cœur qui reviennent à des temps égaux et rapprochés, et la menstruation qui se fait à des époques fort éloignées, une foule d'actes physiologiques se manifestent à des périodes dont la durée est plus ou moins longue. Exemples : le besoin de respirer, la faim, le besoin de la défécation, le sommeil, etc. Bichat et M. le professeur Broussais ont insisté sur ces idées. L'intermittence et la périodicité paraissent tenir aux lois mêmes de la vie et sont inexplicables comme elles. On remarque aussi que ce sont les organes vivans par excellence, les nerfs, dont l'action présente le plus grand nombre de phénomènes intermittens.

Or, en maladie, ce ne sont pas seulement les fièvres qui sont intermittentes et périodiques, ce sont une foule d'autres affections, celles des nerfs ou des centres nerveux. Les névralgies descendantes, les névralgies ascendantes ou névroses, les inflammations secondaires à des souffrances nerveuses, sont soumises à des accès dont le retour est aussi régulier et aussi intermittent que celui des fièvres précédentes. De là cette pensée si naturelle que les fièvres d'accès ont leur point de départ dans le système nerveux.

L'analogie existant entre les accès névralgiques, les névroses, est si grande, que la plupart des auteurs ont rangé parmi les fièvres de véri-

tables attaques de névralgie ou des névroses. Morton, Sydenham, Huxham, Senac regardaient toutes les maladies périodiques comme de véritables fièvres d'accès. Hildenbrand, d'après des recherches de statistique, a trouvé que le pays où l'on observe le plus fréquemment les fièvres intermittentes sont ceux où l'on retrouve le plus grand nombre d'exemples de névralgies; le frisson ou la période de concentration, comme le dit M. Récamier, suivi de chaleur et de sueur, ou de réaction et de crise, d'après ce même médecin, semble représenter ces névralgies qui, partant des extrémités nerveuses, remontent vers les centres nerveux et irradient ensuite sur des nerfs du mouvement. La thérapeutique donne encore plus de poids aux considérations précédentes, car le sulfate de quinine réussit de la même manière dans les deux cas. Personne n'a mieux fait ressortir ces mêmes analogies que M. le docteur Joly, qui, comparant les névralgies et les fièvres intermittentes pernicieuses, croit que les unes et les autres sont identiques; que seulement celles-ci attaquent les nerfs ganglionaires, et celles-là les nerfs de relation. Ce travail intéressant, consigné dans la *Bibliothèque médicale*, en 1828, mérite d'être lu et est tout-à-fait d'accord avec les recherches que, sans le connaître, j'avais faites de mon côté sur les névroses.

Ainsi, il y aurait une lésion nerveuse dans les fièvres d'accès, et chacun de ceux-ci pourrait être comparé à une attaque de névralgie; le point de départ serait-il la peau, comme le veut Cullen? C'est ce que les symptômes sembleraient faire croire.

Mais quelle est la cause de ces accès? Ici, il y a deux ordres de faits : 1° l'hypertrophie de la rate ou la splénocèle de M. Bally, qui ne peut être révoquée en doute, puisque des moyens physiques la constatent; 2° une altération du sang, qui est très-certaine lorsque la maladie a duré. Mais de ces deux états quel est celui qui précède? C'est là le point où les faits manquent et où il faut de nouvelles recherches de percussion. On voit bien la teinte des tégumens propre aux fièvres intermittentes, à la suite de l'hypertrophie de la rate, mais on n'a pas encore vu si cette coloration pouvait avoir lieu avant tout accès fébrile, et par conséquent avant la splénocèle. On ne saurait assez engager les médecins qui se trouvent dans des contrées où les fièvres intermittentes

sont communes à faire des recherches de percussion pour éclairer ce sujet. Si la coloration précédait, on en pourrait déduire que l'altération du sang aurait occasioné primitivement l'accès fébrile, et par suite l'hypertrophie de la rate ; ou bien d'abord le splénocèle, qui aurait déterminé la fièvre. Dans l'état actuel de la science, la question posée en tête de ce paragraphe n'est pas susceptible de solution. En vain dirait-on que les miasmes des marais agissent d'abord sur le sang pour causer la fièvre, car on pourrait répondre que leur action peut aussi être portée sur le système nerveux. En vain objecterait-on que l'action si prompte du quinquina s'explique par la modification qu'il imprime au sang, car on peut répliquer aussi que des névralgies, où certainement le sang n'est pas altéré, cèdent quelquefois et tout d'abord au quinquina. Comment croire qu'une altération du sang cause la fièvre d'accès quand on voit des ligatures sur les membres, ou des moyens tout aussi simples, agissant sur le système nerveux, arrêter promptement les accidens fébriles?

Tout ce que je puis dire, c'est que l'hypertrophie de la rate a quelquefois lieu sans fièvre actuelle; que la fièvre intermittente franche et légitime ne se voit presque jamais sans hypertrophie de la rate; que la coloration grisâtre de la peau ne se dissipe pas tant que la rate reste volumineuse, et qu'elle cesse d'avoir lieu dès que celle-ci est revenue à ses dimensions normales. Ces faits serviront peut-être à jeter quelque jour sur les questions difficiles à résoudre qui viennent d'être posées.

7° La fièvre intermittente est-elle une affection spéciale simple, ou appartient-elle aux divers ordres de fièvre admis par Pinel?

Boërhaave, Stoll, etc., admettaient une fièvre intermittente simple; P. Franck la décrit sous le nom de fièvre périodique intermittente légitime nerveuse, et Selle lui donne presque la même dénomination.

M. Fizeau a défendu l'existence de cette fièvre simple; MM. Rayer et Bally considérèrent aussi cette affection comme très-différente des autres fièvres. Pinel, au contraire, admettait que le type intermittent n'était qu'une forme particulière imprimée à l'un des ordres fébriles qu'il reconnaissait; de là les fièvres intermittentes méningo-gastriques, adéno-méningées, adynamiques, ataxiques, etc. M. le professeur

Broussais pensa aussi que la périodicité n'était qu'une des formes de l'état inflammatoire, et que les fièvres intermittentes n'étaient que des gastro-entérites se manifestant par accès, opinion qui fut défendue par M. Roche et beaucoup d'autres. M. le professeur Bouillaud ne partage pas l'opinion de M. Broussais, et admet qu'indépendamment de toute réaction des viscères contenus dans les trois cavités, une fièvre intermittente peut avoir lieu.

Les considérations qui ont fait le sujet de ce mémoire ne nous permettent pas de croire que les fièvres intermittentes soient des maladies analogues aux affections désignées par les pathologistes sous le nom de fièvres muqueuses, bilieuses, etc.; *jamais* dans celle-ci je n'ai rencontré d'hypertrophies de la rate, lésions qui ont été constantes dans les fièvres intermittentes.

Conclusion : il y a un état organique différent dans les unes et dans les autres. Que ces fièvres diverses puissent se compliquer entre elles et déterminer par leur réunion la fièvre intermittente inflammatoire observée par Sydenham, Pringle, Huxham et Selle, ou la fièvre intermittente bilieuse signalée par Pinel, Bayle, etc., ou l'intermittente adynamique ou ataxique de Pinel et de Hildenbrand, cela est possible, mais prouve tout au plus que tantôt une fièvre intermittente, et tantôt une névralgie, ont compliqué un des états morbides désignés sous le nom de fièvres bilieuses, muqueuses, adynamiques, etc.; ou encore que ces états se sont manifestés pendant la durée des accès fébriles. C'est malheureusement ainsi que le choléra survint dans trois cas chez nos fébricitans (obs. 5, 6 et 7), et on ne pourrait dire pour cela qu'il s'agissait ici d'un choléra intermittent. C'est ainsi que M. Joly cite deux faits : l'un qui lui est propre, où une attaque d'apoplexie mortelle remplaça un accès de fièvre intermittente; l'autre, qu'il a emprunté à Morgagni, où la mort, rapportée à l'apoplexie séreuse, survint aussi pendant le cours d'une fièvre intermittente ; on ne peut pas rapporter ces faits à des lésions cérébrales intermittentes.

8° Quels moyens faut-il employer pour combattre l'hypertrophie de la rate?

La saignée que Sydenham, Huxham, Pringle, recommandaient contre les fièvres du printemps, et qui a compté des succès, employée avec

prudence, n'a jamais eu, dans les cas d'hypertrophie de la rate que j'ai observés, d'action prompte sur le volume de cet organe. Il n'en a pas été ainsi du sulfate de quinine; son action, tout inexplicable qu'elle est, dépasse toute prévision. M. Bally, qui l'a employé à des doses énormes, déclare qu'en huit jours tout engorgement splénique, quelque volumineux qu'il soit, et qui, en rapport avec des fièvres intermittentes, n'est pas accompagné d'une affection tuberculeuse, cancéreuse, etc., ou d'une transformation cartilagineuse ou osseuse, se dissipe par le sulfate de quinine.

Les faits précédemment énumérés ne laissent pas de doute sur l'action héroïque du quinquina dans de semblables cas. Ce n'est pas en 8 jours, c'est quelquefois en 24 heures que, dans nos observations, la rate a singulièrement diminué de volume. Des doses modérées de ce médicament ont quelquefois suffi; d'autres fois, il a fallu l'employer dans des proportions plus considérables. Du reste, ce n'est que dans les cas où le choléra survint qu'on vit des accidens suivre son administration, mais il y a tout lieu de penser que cette terrible complication fut accidentelle, et ne fut nullement l'effet du sulfate de quinine, car dans ces trois cas il y avait eu des circonstances d'habitation qui avaient précédé ou accompagné l'attaque du choléra qui pouvaient rendre compte de la forme grave que présenta celui-ci.

En général, c'est à très-fortes doses que dans l'hypertrophie de la rate il faut donner le sulfate de quinine; on peut sans crainte commencer par 15 ou 20 grains, et s'élever jusqu'à 60 et plus. J'ai cité ailleurs un cas où un malade avait pris, par inadvertance de pharmacien, 216 grains de ce sel sans en avoir éprouvé d'accident.

Il faut avoir un bien grand désir de purger pour administrer des éméto-cathartiques avant de faire prendre le quinquina dans les fièvres d'accès. Je n'ai pas vu un seul cas où celles-ci ne cédassent presque immédiatement au sulfate de quinine, sans le faire précéder de purgatifs; et l'on se rappelle ce fait mentionné par M. le docteur Vaidy, dans lequel beaucoup de fébricitans guéris par le quinquina tombèrent dans les mains d'un médecin qui les purgea et retombèrent malades.

9° Faut-il considérer une fièvre intermittente comme guérie tant que la rate reste hypertrophiée?

D'après les faits consignés dans ce travail, il paraît enfin tout-à-fait rationnel de ne pas cesser l'emploi du sulfate de quinine aussitôt que les accès de fièvre se sont dissipés, et de le continuer et même d'en augmenter la dose, si l'hypertrophie de la rate persiste. Cette règle pratique paraît être de la plus haute importance. Elle doit rendre des guérisons plus certaines, empêcher des rechutes et prévenir des lésions chroniques bien plus graves dont la rate pourrait devenir le siége.

Depuis que ce travail est paru dans la *Gazette médicale*, une observation fort curieuse de fièvre quotidienne a été recueillie à la Pitié, et confirme pleinement plusieurs des idées émises dans ce travail. Il s'agit d'un homme robuste qui, n'ayant été soumis à aucune des causes ordinaires des fièvres intermittentes, tomba sur le côté gauche, et eut des frissons violens. Dès le lendemain, un engorgement considérable de la rate eut lieu ; la douleur était très-vive, et la percussion prouva d'une manière positive que la souffrance ne correspondait qu'à la rate, car, partout ailleurs que sur les points où on la trouvait, il n'y avait pas de douleur. Une fièvre d'accès survint, et quatre d'entre eux s'étaient succédés, lorsque le malade entra à l'hôpital. Une saignée et trente sangsues ne firent point diminuer le volume de la rate ; seulement la douleur se calma. Le lendemain, une forte dose de sulfate de quinine fit diminuer la rate et passer la fièvre. Trois jours après, la maladie était guérie sous l'influence du sulfate de quinine qu'on continua. Ici une cause physique agissant sur la rate semble avoir causé la fièvre, mais il est à remarquer que c'est encore le quinquina qui paraît avoir guéri.

Dans un autre cas observé le lendemain, la fièvre et une douleur vive de la rate se dissipèrent sans saignée à la suite de l'emploi du sulfate de quinine à haute dose.

Tout récemment encore, et sous l'influence d'un coup violent sur la région de la rate, une fièvre quotidienne s'est déclarée chez une jeune fille reçue à la Pitié. La douleur et la fièvre suivirent à l'instant même l'action de cette cause physique.

MÉMOIRE

SUR LES ACCIDENS CÉRÉBRAUX

QUI SURVIENNENT

DANS L'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE

ET

DU CUIR CHEVELU.

MÉMOIRE

SUR LES ACCIDENS CÉRÉBRAUX

QUI SURVIENNENT

DANS L'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE

ET DU CUIR CHEVELU.

Les praticiens ont été depuis long-temps frappés de voir des érysipèles de la tête, très-peu graves au début, à peine accompagnés alors d'une fièvre légère, prendre de l'accroissement et de l'intensité et se compliquer d'accidens rapportés à l'encéphale, tels qu'une céphalalgie violente, de la stupeur, de la somnolence, de l'assoupissement, du délire, et, dans quelques cas plus rares, de mouvemens convulsifs. On croit en général que l'extension de la maladie au cuir chevelu est la cause de ces phénomènes cérébraux. C'est, en effet, lorsque la maladie ayant d'abord son siége à la face, commence à envahir les tégumens du crâne, que ces derniers symptômes surviennent; et, d'un autre côté, on sait que l'extirpation des loupes, ou que les plaies de la peau du crâne, donnent lieu dans certains cas à des érysipèles fréquemment suivis d'accidens du côté du cerveau.

Plusieurs explications de ces faits ont été proposées, et les vues théoriques qu'on en a déduites ont été appliquées à la thérapeutique.

La plupart des anciens auteurs ont admis qu'il s'agissait ici d'une métastase, et que l'érysipèle abandonnait la peau pour se porter vers le cerveau. Cullen s'élève contre cette opinion. Il est évident que le plus souvent il ne s'agit pas dans ces cas d'une métastase; car c'est au moment où l'érysipèle est au plus haut degré de violence, et lorsqu'il persiste encore, que l'on voit fréquemment survenir les accidens cérébraux les plus graves. Contre un des cas où l'inflammation externe disparaît, on en a dix où elle continue et même augmente. D'ailleurs, le mot de métastase n'expliquerait qu'un fait sans en donner l'explication anatomique.

D'autres, parmi lesquels il faut nommer Darwin, honorablement cité par M. le professeur Alibert, pensent que la sympathie qui unit le cuir chevelu aux méninges est la source des phénomènes cérébraux qui se déclarent. L'admission de cette corrélation sympathique n'éclaire en rien la question.

On ne pourrait guère admettre que la douleur de l'érysipèle irritant le cerveau, celui-ci donnât lieu à des symptômes ; car les érysipèles les moins douloureux donnent quelquefois lieu à ces accidens. Penser que l'inflammation érysipélateuse influence le tube digestif, qui à son tour modifie l'encéphale, n'est pas une explication en rapport avec une multitude de faits dans lesquels l'estomac et les intestins ne paraissent pas être gravement affectés.

M. Ribes ayant trouvé du pus dans les veinules qui naissent de l'érysipèle, on serait peut-être tenté d'attribuer à la phlébite et à la présence du pus dans le sang les phénomènes cérébraux survenus dans cette maladie. Mais, d'une part, M. le docteur Rayer, dans beaucoup de cas d'érysipèles, n'a pas trouvé d'inflammation ou de suppuration des veines ; de plus, les accidens encéphaliques surviennent d'ordinaire avant le temps où le pus est formé, et d'ailleurs on ne voit pas pourquoi le pus absorbé ou formé dans les veines se porterait vers le cerveau de préférence à tout autre organe, pour y déterminer de l'irritation et par suite des symptômes.

Il y a plutôt lieu de penser que c'est par propagation de l'extérieur à l'intérieur que les accidens ont lieu ; mais par quelles parties cette propagation se fait-elle ?

On a cru que les petites ouvertures qui livrent passage à des veinules dans le crâne, et qui communiquent avec les sinus, tels que les trous pariétaux et mastoïdiens, pourraient être la voie de transmission de la maladie. L'exiguité de ces vaisseaux ne permet pas de croire la chose possible, et M. le professeur Dupuytren a remarqué que les capillaires de la peau du crâne sont indépendans de ceux du tissu cellulaire sous-épicrânien.

Cullen avait déjà admis qu'une propagation de l'érysipèle se faisait de l'extérieur à l'intérieur, et Bosquillon se rend compte de celle-ci par les communications existant entre les carotides externe et interne. Il

semble, en effet, que la carotide interne, lorsque la congestion des tégumens du crâne est forte, doive aussi recevoir plus de sang que d'ordinaire, et tout porte à penser qu'il y a beaucoup de vrai dans l'explication de Bosquillon; mais, d'une part, beaucoup d'érysipèles, dans lesquels le cuir chevelu n'est pas très-enflammé, sont accompagnés d'accidens, et l'on ne voit pas que les saignées calment ceux-ci comme cela devrait avoir lieu si la congestion seule les produisait.

Quoi qu'il en soit de ces explications, ce ne sont pas, à beaucoup près, les érysipèles du cuir chevelu qui donnent exclusivement lieu aux accidens cérébraux. M. le professeur Boyer a insisté sur le délire, le coma, qui, dans les érysipèles de la face, sont souvent suivis de la mort; il parle des abcès dans les paupières, abcès que Cullen avait aussi observés. M. Rayer dit encore que de tous les érysipèles, celui de la face est le plus sujet à une résolution brusque, et que cette fâcheuse terminaison est très-ordinairement précédée ou suivie d'affections du cerveau et de ses membranes. Il cite même un cas fort remarquable où du pus était infiltré dans le tissu cellulaire de la face; de petits abcès s'étaient formés dans les paupières, dans le tissu cellulaire de l'orbite, et se propageaient vers les fosses temporales.

Or, si les érysipèles de la face, tout aussi bien que ceux du cuir chevelu, sont suivis de symptômes du côté du cerveau; si dans beaucoup de cas même la phlegmasie de la peau du crâne est accompagnée de ces accidens lorsqu'elle s'étend aux orbites, la plupart des explications précédentes n'ont plus de valeur. Les faits suivans semblent devoir jeter quelque jour sur la question qui fait le sujet de ce travail.

Parlons d'abord des cas d'érysipèle de la face, ou du cuir chevelu, où des phénomènes cérébraux ont été observés.

ÉRYSIPÈLE DE LA FACE QUI NE S'ÉTEND PAS AU CUIR CHEVELU.—TUMÉFACTION DES PAUPIÈRES. — ACCIDENS CÉRÉBRAUX. — MORT LE CINQUIÈME JOUR. — NÉCROPSIE : DISPARITION DE LA ROUGEUR ÉRYSIPÉLATEUSE ; PETITS ABCÈS DANS LE TISSU CELLULAIRE DE LA FACE, DES PAUPIÈRES ET DE L'ORBITE.

Obs. I. — Une femme sexagénaire était entrée à la Salpètrière, salle Saint-Mathieu, pour une bronchite légère; elle n'avait éprouvé aucune lésion de cause ex-

terne; elle fut atteinte d'un érysipèle qui, développé sur la joue du côté droit, semblait correspondre surtout à la région qui recouvre le sac des larmes. Cependant cette femme n'avait pas d'épiphora ou de tumeur lacrymale. D'abord, la peau était rouge dans la largeur de deux doigts, puis cette rougeur s'étendit aux paupières, qui se tuméfièrent et fermèrent complétement l'œil. La maladie se propagea aux pommettes, aux autres parties de la face; l'autre œil participa à la même affection; le point d'abord affecté cessa le quatrième jour d'être rénitent et élastique, et devint, au contraire, pâteux et dépressible sous le doigt. La santé générale n'avait d'abord éprouvé aucune atteinte; mais le pouls s'accéléra à mesure que la maladie faisait des progrès, et le troisième jour de la stupeur, du coma et du délire vinrent se joindre à ces accidens; le cuir chevelu resta à peu près exempt de toute lésion.

D'abord, on avait été fort loin de prévoir la gravité du mal; car des affections tout-à-fait semblables s'étaient depuis long-temps manifestées dans le service sans être suivies d'aucun symptôme fâcheux. On s'était borné à un régime sévère et à des lotions simples. Lorsque les accidens survinrent et lorsque les paupières, présentant quelques vésicules, étaient très-tuméfiées, on eut recours à des applications nombreuses de sangsues et à des dérivatifs vers les extrémités inférieures. Ces moyens furent sans résultat et la malade périt le cinquième jour.

La nécropsie eut lieu 24 heures après la mort; la peau, si rouge pendant la vie, était partout de la même couleur que celle des autres parties du corps; à peine était-elle épaissie. Du pus, ramassé en deu etits foyers du volume d'un pois, se trouvait dans le tissu cellulaire ou adipeux de la joue droite, près du périoste. Un petit abcès semblable, sans communication avec les autres, avait lieu au niveau du canal nasal. Les paupières présentaient aussi du pus dans quelques mailles de leur tissu cellulaire. On enleva avec soin la voûte orbitaire droite, et on trouva, soit alentour du nerf optique, d'ailleurs non altéré, soit dans le tissu cellulaire graisseux qui l'entoure, soit dans celui qui recouvre le plancher de l'orbite, surtout vers la paroi interne, des gouttelettes de pus qui nulle part n'étaient réunies en foyer considérable et qui ne communiquaient pas entre elles. A part la tuméfaction du tissu cellulaire, on ne voyait point, dans les parties nombreuses que renfermait l'orbite, de traces d'inflammation; mais on n'en découvrait pas plus à la peau, et cependant celle-ci avait été d'un rouge cramoisi dans les derniers temps de la vie. L'orbite gauche ne contenait pas de pus; aucun abcès ne se rencontrait dans le cuir chevelu ou au-dessous de lui. Les tégumens du cou et ceux qui recouvrent les carotides n'avaient pas été affectés.

Le cerveau ne présentait point de lésions inflammatoires ou autres. Les poumons étaient atteints de pneumonie hypostatique. L'estomac, d'ailleurs sain, contenait une petite quantité d'un fluide verdâtre et en apparence bilieux. Les intestins étaient exempts de toute maladie.

PETITE PLAIE EN DEHORS DE L'ORBITE DROIT. — ÉRYSIPÈLE DE LA FACE — TUMÉFACTION DES PAUPIÈRES. — SYMPTÔMES CÉRÉBRAUX. — NÉCROPSIE : ABCÈS DANS LES ORBITES, recueillie par M. GORRÉ, interne de la Salpêtrière.

OBS. II. — La femme Tournier, âgée de 65 ans, entrée à l'infirmerie, salle St-Alexandre, n° 1, pour une simple bronchite, tomba de son lit dans les derniers jours du mois de décembre 1832, et se fit une petite plaie à la tempe droite et à quatre lignes à peu près de la commissure des paupières de ce côté. Le 2 janvier, cette petite plaie, qui du reste avait été négligée, n'était pas cicatrisée. Une rougeur érysipélateuse se manifesta, non pas alentour de la blessure, mais sur la joue et au voisinage des paupières, qui se tuméfièrent bientôt. Toutes les parties enflammées étaient rouges, luisantes, conservaient l'impression du doigt; le même jour, les paupières et la joue du côté gauche participaient, quoiqu'à un bien moindre degré, à la maladie. Stupeur, lenteur dans les réponses, somnolence habituelle, céphalalgie très-vive. Tournier dit avoir *du noir devant l'œil droit.* (Prescription : 30 sangsues derrière les oreilles; boissons émollientes.)

Le 3 janvier. La paupière inférieure droite offre quelques points de fluctuation. La tuméfaction des paupières gauches est augmentée. On y voit, vers l'angle interne, plusieurs petits foyers purulens de la grosseur d'un grain de chenevis. Il s'est formé à la supérieure une petite crevasse par laquelle s'échappe du pus. La peau d'alentour est gonflée, d'un rouge livide. Sensibilité générale émoussée; parole embarrassée; respiration accélérée. La percussion du thorax donne en avant une sonorité parfaite; en arrière, très-légère matité, et le bruit respiratoire est pur, mais très-faible; absence de râle; pouls fréquent; langue sèche, noirâtre, fendillée. (Petites scarifications sur les foyers purulens; vésicatoire sur la face.)

Le 4 janvier. Légères crevasses à l'angle interne de l'œil droit. Il en suinte un liquide séro-purulent. Affaissement, assoupissement, prostration; à peine quelques réponses aux questions qui sont faites, et la malade retombe dans son état d'accablement; le thorax à la partie déclive, dans le coucher sur le dos et vers l'angle inférieur du scapulum, donne de la matité à la percussion et de la résistance au doigt; respiration supérieure et par la bouche; la langue, les lèvres, sont recouvertes d'un enduit noirâtre. La mort a lieu le 5 janvier.

NÉCROPSIE FAITE 24 HEURES APRÈS LA MORT.

Œil droit. — Tissu cellulaire sous-cutané des paupières infiltré de pus qui suinte par gouttelettes quand on l'incise. Au-dessus de la paupière droite est une petite plaie transversale, dont les lèvres sont rapprochées entre elles et entourées d'une légère rougeur. Depuis le bord inférieur de cette plaie la peau est décollée

dans une étendue considérable et suppurante sur la face interne. Sous le périoste de la voûte orbitaire, c'est-à-dire entre le périoste et le tissu cellulaire de l'orbite est une couche mince de pus liquide; ce pus ne s'infiltre pas dans le tissu graisseux du fond de l'orbite, qui est tout-à-fait dans son état normal, aussi bien que les muscles du globe de l'œil; au contraire, ce pus est infiltré dans tout le tissu cellulaire des deux paupières. Si on incise ce tissu, le pus s'échappe par gouttelettes, et ne se trouve rassemblé qu'en très-petits foyers. Ce n'est que dans la partie externe des paupières parallèle à la plaie que le pus est plus liquide et rassemblé en plus grande quantité, de sorte que l'incision de la peau sur le bord orbitaire inférieur en fait sortir une certaine quantité. L'infiltration purulente des paupières avait produit une longue crevasse dans la partie supérieure et interne de la paupière supérieure. Cette crevasse est couverte d'une couche brunâtre, ramollie, que l'on peut regarder comme le produit d'une gangrène superficielle. Une couche semblable, moins étendue, se trouve sur l'endroit correspondant de la paupière inférieure. Presque tout le reste de la peau des paupières est jaunâtre et ramolli. Les paupières de l'œil gauche présentent les mêmes lésions, mais à un plus faible degré. La quantité de pus épanché sous le périoste de la voûte orbitaire est moins considérable; la plaque gangréneuse de la paupière supérieure n'est pas aussi brune ni aussi ramollie. L'infiltration du tissu cellulaire des paupières est moins prononcée. Elle s'étend jusque vers la racine du nez. Les globes oculaires sont parfaitement sains et les conjonctives injectées.

Cerveau. — Cet organe était exempt de toute lésion.

Cœur. — Volume médiocre; orifices libres.

Thorax. — Quelques caillots dans les cavités.

Poumons. — Sains, crépitans, rosés au sommet, durs, compacts et violacés à la racine, laissant suinter, quand on les incisait, une quantité considérable de sérosité qui reflue par les radicules bronchiques.

ÉRYSIPÈLE DE LA FACE SE PROPAGEANT AU FOND DE L'ORBITE — EX-OPHTALMIE. — SYMPTÔMES CÉRÉBRAUX. — INCISIONS SUR LES PAUPIÈRES; IL EN SORT DU PUS. — AMÉLIORATION MOMENTANÉE. — AFFAISSEMENT PROGRESSIF. — MORT PAR L'ASPHIXIE DE L'ÉCUME BRONCHIQUE.—PUS DÉPOSÉ SUR LE PLANCHER DE L'ORBITE, recueillie par M. GORRÉ.

OBS. III. — Mobille, âgée de 80 ans, est entrée à l'infirmerie le 25 décembre; placée au n° 11, salle Saint-Alexandre. Elle nous rapporte que depuis quelques jours elle éprouvait un malaise général et de la diminution dans l'appétit. La veille elle avait été prise de frissons et avait éprouvé à la face un sentiment de cuisson et une tension douloureuse. Le jour de son entrée on observa une rougeur légère, avec un peu de tuméfaction, qui s'étendait du front à la paupière supérieure droite.

Prescription. Quinze sangsues derrière l'oreille droite; boisson émolliente.

Le 27, la teinte de l'érysipèle est plus foncée. Les paupières droites sont d'un rouge vif, luisant, et refoulées en avant par le globe de l'œil, qui fait saillie hors de l'orbite. Cependant la malade distingue les objets qu'on lui présente. (Application d'un vésicatoire au centre de l'érysipèle.) Le lendemain 28, l'œil est presque rentré dans sa cavité. Cependant l'état général de la malade est moins satisfaisant que la veille. Elle accuse une céphalalgie intense; elle a été agitée toute la nuit. Délire léger; somnolence qui est bientôt portée jusqu'à l'assoupissement; la peau est chaude et sèche; le pouls petit et fréquent.

Prescription. Nouvelle application de sangsues sur la peau qui recouvre l'apophyse mastoïde. Continuation de l'assoupissement. Mobille répond assez juste, mais très-lentement, aux questions qu'on lui adresse; elle ne distingue rien quand l'œil gauche est fermé. L'épiderme des paupières droites est soulevé par un liquide séreux. Quelques scarifications pratiquées à la partie latérale externe donnent issue à des gouttelettes de sérosité; un stylet mousse est introduit dans le fond de l'orbite; il s'écoule par le passage qu'on vient de lui frayer une petite quantité de pus.

Les jours suivans, l'état de cette femme paraît meilleur. La teinte de l'érysipèle de la face a pâli; il ne s'est pas étendu à d'autres parties du corps. L'intelligence est intacte, mais il y a un peu de stupeur, les réponses sont justes, mais un peu lentes. La malade est dans un état habituel de demi-somnolence; toutefois on conçoit pour elle quelqu'espoir de salut.

Le 1er janvier. L'épiderme de la face tombe par écailles. Mais en même temps, sur le dos et sur le bras, apparaît une rougeur vive, avec tuméfaction, qui s'étend successivement à toutes les parties déclives du corps, et dont la teinte est plus foncée dans les points qui portent sur le plan du lit. Les lèvres et la langue sont sèches. La respiration est petite et fréquente. Le thorax percuté fournit en arrière un son obscur. Le bruit respiratoire s'y fait entendre faiblement et est mêlé de râle sibilant. La malade continue aussi à s'affaiblir. Elle succombe le 11 dans la nuit.

Nécropsie. — Les paupières supérieures et inférieures droites sont infiltrées de pus qui n'est pas rassemblé en foyer, mais qui suinte par gouttelettes quand on incise leur tissu. Le globe de l'œil est sain aussi bien que le nerf optique et que la graisse du fond de l'orbite. Mais aussitôt qu'on a incisé la membrane muqueuse dans l'endroit où elle se réfléchit du plancher de l'orbite sur le globe de l'œil, il s'écoule du pus. Ce liquide n'offre pas de collection dans le fond de l'orbite, mais il est étendu en nappe sur le plancher de cette cavité.

Rien à noter quant au cerveau. Une injection très-peu marquée des vaisseaux de cet organe et bien moins prononcée que dans une foule de cas où il n'y a pas eu de symptômes cérébraux. La consistance de la substance cérébrale est ferme. Les

membranes se détachent aisément.

Thorax. — Cœur d'un volume médiocre.

Poumons engoués, surtout vers leurs racines. Ils sont sur ce point durs, compacts et violacés. Leur tissu incisé laisse échapper par la pression une grande quantité de sang mêlé d'écume qui remplit les bronches et s'y trouve accumulée. C'est surtout dans les dernières divisions de ces conduits qu'on rencontre celle-ci. La membrane muqueuse bronchique est un peu rouge.

ÉRYSIPÈLE DE LA FACE ÉTENDU AUX ORBITES. — SYMPTÔMES CÉRÉBRAUX. — MORT. — SUPPURATION DANS L'ORBITE.

Obs. IV.—Une femme septuagénaire entra, dans les premiers jours de janvier, salle Saint-Alexandre, n° 12. Elle n'avait reçu aucun coup sur l'œil ni sur les parties voisines. Il y avait deux ou trois jours qu'elle avait été atteinte d'une rougeur érysipélateuse qui, commençant vers la joue, s'était progressivement portée vers l'orbite. Au moment où nous la vîmes, les paupières étaient fermées, et celles du côté droit étaient tendues, luisantes, d'un toucher pâteux sur quelques points. On y voyait aussi quelques gouttelettes de pus qu'on en fit sortir par des mouchetures. Fièvre assez vive, stupeur, assoupissement porté jusqu'au coma, réponses à peu près nulles aux questions qui sont faites. Des évacuations sanguines et des vésicatoires sur la face n'arrêtèrent pas les accidens. Les symptômes de la congestion cérébrale augmentèrent. Cette femme succomba le troisième jour de son entrée à l'infirmerie.

On ne trouva rien à noter du côté de l'estomac, des intestins et du cerveau. La rougeur de l'érysipèle avait disparu et le gonflement était singulièrement diminué, la peau même paraissait être presque saine; mais l'orbite du côté malade contenait du pus infiltré et en petits foyers, soit dans les tissus cellulaire et adipeux de cette cavité, soit dans les paupières. M. le professeur Cruveilhier vit la pièce dont il s'agit et les petits abcès qui existaient dans l'orbite.

Dans les quatre cas précédens, il y eut, soit primitivement, soit par extension de la maladie commencée ailleurs, des accidens cérébraux, c'est-à-dire de la céphalalgie, du délire ou de la stupeur, de l'assoupissement, quelquefois même du coma et des soubresauts dans les tendons; et dans les quatre cas il y avait, soit sur la région orbitaire des deux côtés, soit sur celle d'un seul côté, un érysipèle des plus intenses et qui prit le caractère phlegmoneux. Dans tous ces cas on trouva du pus dans l'orbite, soit sous le périoste de la voûte (obs. 2), soit sur le plancher de l'orbite (obs. 3ᵉ), soit dans le tissu cellulaire, situé à l'en-

tour du nerf optique (obs. 1[re] et 4[e]); dans un cas même il y avait du pus des deux côtés (obs. 2[e]). En sorte que, autour et près de cinq yeux, sur quatre malades, il y avait eu des traces d'inflammation parvenue à son dernier degré. Dans une de ces observations, l'engorgement du tissu cellulaire de l'orbite avait été si considérable qu'une ex-ophtalmie en avait été la suite, et chez la plupart des autres malades dont on avait pu examiner l'œil, celui-ci faisait une saillie assez considérable.

Dans les cas suivans, où existaient des érysipèles intenses de la face ou du cuir chevelu, il n'y eut pas d'accidens cérébraux.

ÉRYSIPÈLE DE LA FACE. — EXTENSION AU CUIR CHEVELU. — ABSENCE D'ACCIDENS CÉRÉBRAUX. — DES VÉSICATOIRES SUR LES POMMETTES ARRÊTENT LA MALADIE AU MOMENT OU ELLE ATTEINT LES PAUPIÈRES.

Obs. V. — Nous avons relaté ailleurs (compte rendu de la clinique, page 75) l'histoire d'un homme chez lequel s'était déclaré un érysipèle de la face. Une saignée générale et l'application de sangsues au-dessous des mâchoires, des lavemens purgatifs, n'empêchèrent point la maladie de s'étendre vers le cuir chevelu. Aucun symptôme, du côté du cerveau, ne se déclara, et les paupières commençaient à être atteintes par l'inflammation de la peau, quand deux vésicatoires, appliqués sur la face, suivant la méthode employée par M. le professeur Dupuytren, déterminèrent une amélioration subite et la guérisou. Le malade sortit très-promptement de l'hôpital.

ÉRYSIPÈLE DU CUIR CHEVELU ET ULTÉRIEUREMENT DE LA FACE. — LES PAUPIÈRES NE PARTICIPENT PAS A LA MALADIE, QUI CEPENDANT EST TRÈS-INTENSE. — ABSENCE DE SYMPTÔMES CÉRÉBRAUX. — VÉSICATOIRE SUR LA FACE. — GUÉRISON.

Obs. VI.—Neubraner, âgée de 71 ans, entrée à l'infirmerie le 16 janvier, avait été prise quelques jours auparavant de lassitude, d'inappétence, de frisson. La veille de son entrée, elle avait éprouvé à la face une vive ardeur, une tension extrêmement douloureuse, et quand on la vit, elle présentait un érysipèle qui, au rapport de la malade, avait débuté par le cuir chevelu, et qui alors s'étendait au front et aux pommettes; les paupières étaient intactes, les facultés mentales, malgré l'intensité des douleurs produites par l'érysipèle, n'étaient nullement altérées. Absence de coma; le délire d'assoupissement ou de stupeur.

Prescription : 20 sangsues aux apophyses mastoïdes; vésicatoire au centre de chaque joue.

Le 18. L'érysipèle du cuir chevelu a disparu; la face seule est encore prise; mais la coloration est moins foncée, les douleurs sont d'ailleurs plus tolérables.

Le 19. Les vésicatoires suppurent; la résolution de l'érysipèle est complète. L'épiderme des parties sur lesquelles il s'étendait se détache par écailles. Le 22, cette femme est entièrement guérie, elle passe dans les salles de convalescentes.

ÉRYSIPÈLE DE LA FACE ET DU CUIR CHEVELU.—LES PAUPIÈRES SONT FORT PEU AFFECTÉES. — ACCIDENS CÉRÉBRAUX A PEINE MARQUÉS.— PNEUMONIE HYPOTASTIQUE. — MORT. — LES PAUPIÈRES ET L'ORBITE SONT SAINES.

Obs. VII. — Batta, âgé de 80 ans, entrée à l'infirmerie le 9 janvier, pour une simple bronchite, fut prise, deux jours après, d'un érysipèle qui du cuir chevelu s'étendit au front, aux pommettes et aux joues. Les paupières furent aussi légèrement tuméfiées et rouges, l'intelligence de cette femme affaiblie par l'âge n'offrit aucun trouble, et sa sensibilité générale, ordinairement peu vive, ne fut que très-médiocrement influencée. 40 sangsues appliquées derrière les oreilles, et deux vésicatoires placés au centre de l'érysipèle, le firent en quelque sorte avorter. Tout paraissait terminé, quand des accidens se manifestèrent du côté des organes de la respiration; la laugue devint sèche et fendillée; la poitrine percutée en arrière rendit un son un peu obscur. Le bruit respiratoire s'entendait faiblement et s'accompagnait de râle; bientôt les mucosités accumulées dans les bronches ne pouvant être agitées par l'expectoration, le râle trachial se manifesta, et la malade succomba le 20, matin.

Nécropsie. *Cerveau*. — Membranes faciles à détacher, un peu injectées, substance cérébrale saine, d'une consistance et d'une coloration normales. Les paupières, le tissu cellulaire de l'orbite étaient exempts de toute lésion appréciable.

Thorax.— Le cœur et ses dépendances réunissent toutes les conditions physiologiques; les poumons sont crépitans au sommet, durs et compacts à la partie la plus déclive dans le coucher sur le dos. Leur tissu laisse échapper une grande quantité de sang. Les bronches sont remplies de mucosité rougeâtre, et en comprimant le tissu pulmonaire, on fait sortir par les dernières radicules des canaux aérifères une très-grande quantité de sérum écumeux, légèrement teint de sang.

ÉRYSIPÈLE SURVENU A LA SUITE LE L'ANGINE DE POITRINE ET ÉTENDU AU CUIR CHEVELU.— LES PAUPIÈRES SONT SAINES.—ABSENCE DE PHÉNOMÈNES CÉRÉBRAUX.

Obs. VIII. — La femme dont l'histoire a été relatée dans le compte rendu, p. 68 et 76, fut atteinte d'un érysipèle qui s'étendit à tout le cuir chevelu, bien qu'après la mort, il ne laissa pas de traces de son existence. Les paupières ne furent pas affectées, et il ne se manifesta pas d'accidens cérébraux. Cette femme succomba à l'asphyxie par l'écume bronchique, et il n'y eut point de phénomènes

pendant la vie, ou de lésions reconnues après la mort, qui pussent faire admettre que le cerveau ait été affecté.

ÉRYSIPÈLE INTERMITTENT EN RAPPORT AVEC UNE CARIE DES DENTS ET UNE ODONTALGIE.

Obs. IX.—Un homme dont le cas a été mentionné dans le compte rendu, p. 2, était affecté tous les mois d'un érysipèle périodique. Celui-ci était en rapport avec la carie d'une dent et avec les douleurs nerveuses qui l'accompagnent.

ÉRYSIPÈLE INTERMITTENT DE LA FACE SUPPLÉANT LES ÉPOQUES MENSTRUELLES.— OBSERVATION RECUEILLIE par M. PERROCHAUX, élève à la Salpêtrière.

Obs X. — Pernon, âgée de 20 ans, d'une constitution débile, à membres grêles, a été réglée à 15 ans pour la première fois. Les règles, après avoir coulé pendant deux ans d'une manière irrégulière et avec peu d'abondance, disparurent tout à coup, et en même temps survint à la face et au cuir chevelu une phlegmasie cutanée qui augmentant d'intensité tous les mois et à l'époque où les règles supprimées auraient dû paraître, prit tous les caractères de l'érysipèle. Bientôt cette irritation persistant à un moindre degré et à l'état chronique, intéressant les parties profondes de la peau, il en résulta une dartre esthiomène de M. le professeur Alibert, ou un lupus de Willan, Bateman, etc., qui des ailes du nez s'étendit à la lèvre supérieure et aux joues. Quatre mois s'écoulèrent sans apparition de l'érysipèle. Cependant, durant cet intervalle, les ailes du nez, les lèvres, les joues, les paupières, n'en furent pas moins le siége d'une bouffissure avec teinte de rose vif. Quelques douleurs hypogastriques et une légère leucorrhée signalèrent le retour de chacune des époques menstruelles. Tout à coup, à une de ces époques, cette jeune fille est prise de frissons qui parcourent le dos, les lombes; puis réaction fébrile intense, coloration en rouge violet du cuir chevelu, des joues, des ailes du nez. L'intelligence est intacte; saignée de 16 onces; 30 sangsues derrière les oreilles : amélioration immédiate. Dès le jour même, les cuissons dont cet exanthème est le siége ont diminué; la teinte en a pâli; les jours suivans la desquamation s'opère.

Ce cas est intéressant en ce sens qu'il nous l'offre l'exemple d'une phlegmasie suppléant le flux menstruel. Il y a en outre à noter ici un double enchaînement de causes et d'effets : l'érysipèle amenant par sa chronicité la dartre rongeante qui, à son tour, devenant une cause permanente d'irritation pour les tégumens, influence les retours périodiques de l'exanthème.

Dans l'un des cas précédens où la maladie fut intense et se borna à la

face (obs. IX.), dans un autre où elle commença par la face et envahit les tégumens du crâne (obs. V), dans deux autres où elle commença par le cuir chevelu et s'étendit à la face (obs. VI et VII), soit que la guérison ait eu lieu (obs. V, VI et IX), soit que la mort s'en soit suivie (obs. VII et VIII), soit que la maladie ait eu une courte durée (obs. V), soit qu'elle ait persisté 7 à 8 jours (obs. VII), il n'y a pas eu d'inflammation considérable des paupières ou du moins d'extension de la maladie dans les tissus cellulaire et adipeux de l'orbite, et dans tous ces cas on n'a observé ni délire, ni stupeur, ni assoupissement; les facultés intellectuelles se sont conservées dans toute leur intégrité jusqu'au dernier moment.

Ces faits, bien que n'étant point assez nombreux pour dissiper tous les doutes, semblent prouver que l'érysipèle de la face détermine surtout des accidens cérébraux lorsque l'inflammation s'étend au cerveau par l'orbite. Sans doute, il peut bien se faire que d'autres causes produisent aussi ces symptômes, puisqu'il est vrai qu'une inflammation dont le siége est fort éloigné du crâne occasione la céphalalgie et le délire; mais il y a quelque chose de spécial dans les phénomènes cérébraux survenus pendant le cours de l'érysipèle de la face et du cuir chevelu, et ce quelque chose paraîtrait, d'après les observations précédentes, être le résultat de l'extension de la maladie aux parties contenues dans l'orbite et par suite au cerveau.

Cette croyance est appuyée sur de nombreuses considérations anatomiques, physiologiques et pathologiques.

1° L'orbite contient de nombreux vaisseaux artériels et veineux qui communiquent avec ceux de l'encéphale; et je m'étonne même que dans les cas de congestion ou d'inflammation du cerveau et de ses membranes, on n'emploie pas plus souvent qu'on ne le fait des évacuations sanguines locales autour et près de l'orbite. Cette communication vasculaire doit être une raison pour que la congestion qui a lieu dans les parties qui entourent l'œil s'étende au cerveau.

2° Des nerfs plus nombreux encore, la deuxième et la troisième, la première branche de la cinquième, la sixième paires, le ganglion ophthalmique, les rameaux anastomostiques du ganglion sphéno-palatin

établissent entre les organes crâniens et orbitaires une communication nerveuse non moins intime.

3° Les parties molles de l'orbite sont très-susceptibles de tuméfaction ; or, lorsqu'elles s'enflamment elles se gonflent ; elles sont entourées en haut et en bas, en dedans et en dehors, de parois inextensibles ; en arrière, la fente sphénoïdale et le trou orbitaire sont fermés ; en avant se trouve au centre un organe mou, qui peut céder et être porté d'arrière en avant par suite du gonflement, mais, pour cela, il faut que le nerf optique qui le maintient soit tiraillé, et ce tiraillement doit avoir sur la production des phénomènes cérébraux et de la céphalalgie la plus grande influence.

Dans les cas précédens, l'œil faisait une saillie remarquable, et dans l'un d'eux, quand les accidens cérébraux étaient au plus haut degré, il y a eu exophthalmie. La femme qui fait le sujet de la deuxième observation se plaignait, lorsque l'œil devint saillant, de voir du noir.

4° L'histoire de l'iralgie prouve combien est grande l'influence des nerfs de l'œil sur les nerfs ganglionaires et sur le cerveau.

5° Dans les cas d'exophthalmie produits par des tumeurs cancéreuses ou autres, les douleurs sont quelquefois extrêmes et des accidens cérébraux ont fréquemment lieu.

Ainsi, d'après les faits consignés dans ce travail, d'après les considérations précédentes, surtout lorsqu'on se rappelle la disposition de la boîte osseuse qui sépare le cerveau et ses membranes de la peau qui recouvre le crâne, et la petite dimension des ouvertures de communication entre ces parties, communications bouchées, d'ailleurs, par des veines de peu d'importance, on est porté à croire que c'est par les parties molles de l'orbite que l'extension de la maladie vers le cerveau a lieu. Rappelons même ici que beaucoup de nerfs et de vaisseaux du cuir chevelu passent par l'orbite pour revenir vers le cerveau ou vers les vaisseaux.

Si l'on considère comme justes les réflexions précédentes, on en fera probablement d'utiles applications au traitement de l'érysipèle.

1° Quand un érysipèle de la face ou du cuir chevelu ne s'étendra pas vers l'orbite et les paupières, quand il sera modéré et qu'il n'y aura

pas de complications, il sera permis de faire de l'expectation, de s'en rapporter à ce qu'on appelle nature.

2° Quand un érysipèle bien que peu grave commencera, comme cela a eu lieu dans deux des cas précédens, aux environs des voies des larmes, et de là se propagera vers l'orbite, il faudra combattre la maladie avec énergie. Un vésicatoire sur la face a été dans ce cas fréquemment utile. La cautérisation avec le nitrate d'argent employée par John Higginbottom et recommandée par M. le professeur Alibert peut aussi être avantageuse au début de la maladie. Cela rappelle la méthode ectrotique employée par M. Serres avec succès pour prévenir, par la cautérisation, des pustules varioliques des paupières, l'inflammation excessive de ces parties et les accidens cérébraux qui en sont la suite.

3° Quand les paupières seront très-tuméfiées, menaceront de suppurer, il sera bon d'avoir recours à des scarifications parallèles à leurs plis, et d'y prévenir les collections de pus.

4° Quand l'œil fera une saillie, quelque légère qu'elle soit, il faudra, si l'état des forces le permet, avoir recours à des saignées générales abondantes et à des applications de sangsues au voisinage des parties malades. Les dérivatifs énergiques, les purgatifs qui, d'une part, déterminent une fluxion vers l'intestin, et, de l'autre, font perdre de la sérosité au sang, peuvent aussi être indiqués. L'opportunité de leur emploi correspondra à l'état du tube digestif; mais il ne faut pas oublier ici que dans l'érysipèle de la face le nez est souvent fermé, que les malades respirent par la bouche, que par conséquent la langue est sèche, et que ce n'est pas là une contre-indication à l'emploi des purgatifs.

5° Quand l'œil sera très-saillant et qu'on pourra raisonnablement supposer que derrière lui du pus est infiltré, une section profonde dans les parties molles qui recouvrent le plancher de l'orbite paraît être indiquée. Un stylet mousse peut ensuite être conduit à la recherche du foyer (obs. III). Quand l'incision ne ferait que produire un écoulement de sang, ce serait toujours là un dégorgement utile.

Ajoutons à ces considérations quelques réflexions, étrangères il est vrai à ce mémoire, mais qui, se rapportant à l'érysipèle, trouvent ici une place convenable.

6° L'érysipèle intermittent est rare; M. le docteur Rayer ne l'a vu

qu'à la face et coïncidant avec des névralgies. Dans une de nos observations, il a été en rapport avec une odontalgie, suite d'une carie dentaire (obs. IX). Dans le cas cité par M. le docteur X..., la névralgie, à son début, était accompagnée d'une rougeur érysipélateuse qui persistait pendant la durée de l'accès (Mémoire sur les névralgies, page 302). M. Rayer avait aussi noté des érysipèles remplaçant les règles. Tel fut le cas de la malade citée plus haut (obs. X). Il est évident que dans ces cas c'est la névralgie et surtout la cause organique qui la détermine, ou l'aménorrhagie qu'il s'agit de combattre. Si l'érysipèle est franchement intermittent, le sulfate de quinine pourra enlever ce symptôme, comme cela paraît avoir eu lieu chez le malade de l'observation neuvième.

7° Dans les érysipèles des membres, l'influence de la position et de la compression est très-grande. En quelques momens nous avons vu pâlir des érysipèles de la jambe, chez des sujets dont on avait fait élever le membre de beaucoup au-dessus du niveau du tronc. Beaucoup d'érysipèles cèdent à la combinaison bien entendue de trois choses : la position, les fomentations et la compression (1).

---

(1) Ce mémoire ayant paru au mois d'avril 1833 dans la *Gazette médicale*, M. Malle, agrégé à la faculté de Strasbourg, a ajouté trois faits de plus à ceux qui précèdent, et auxquels je pourrais encore en joindre un plus récent. Dans les trois cas, des érysipèles de la face ont été accompagnés de l'inflammation et de la suppuration du tissu cellulaire soit de l'orbite, soit surtout des paupières, et des accidens cérébraux fort graves sont venus se joindre à la maladie. La mort en a été la suite. M. Malle rapporte une autre observation (Obs. IV), dans laquelle des accidens cérébraux firent périr le malade, dont les paupières n'étaient que modérément tuméfiées. Il en cite un cinquième qui fut remarquable par la tuméfaction des paupières et *par la pesanteur de tête, la céphalalgie et l'insomnie* : la guérison s'ensuivit. Tous ces faits appuient les idées qui ont été émises dans le travail précédent. De ce que, dans la 4e observation, la maladie a été mortelle, bien que la lésion des paupières fût modérée, et que, dans l'autre cas, il n'y ait pas eu d'accidens funestes, quoique les paupières fussent très-tuméfiées, il n'en est pas moins vrai que, chez tous ces malades, il y a eu des symptômes cérébraux graves. De plus, j'ai dit positivement que d'autres causes, agissant par d'autres rela-

tions anatomiques, pouvaient, dans les cas d'érysipèle, occasioner le délire, mal de tête, etc. (page 390). Mon but dans ce mémoire a été seulement de prouver que, dans les érysipèles de la face, l'orbite était très-fréquemment la voie de communication entre les tégumens et le cerveau (Ibid.). C'est avec plaisir que j'ai relu les citations de Bichat faites par M. Malle, que je remercie des choses obligeantes qu'il a dites de mon travail.

EVERAT, IMPRIMEUR,
rue du Cadran, n° 16.

DISSERTATION

SUR CETTE QUESTION :

QUELLE PART A L'INFLAMMATION

DANS LA

PRODUCTION DES MALADIES DITES ORGANIQUES?

PRÉSENTÉE AU

CONCOURS POUR UNE CHAIRE DE MÉDECINE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

Le 19 juin 1833,

Par P. A. PIORRY,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Médecin de la Salpêtrière, Membre de l'Académie royale de Médecine.



PARIS,

IMPRIMERIE D'HIPPOLYTE TILLIARD,

RUE DE LA HARPE, N° 88.

1833.

INTRODUCTION.

La première difficulté qui se présente dans le vaste et difficile sujet qui m'est échu par le sort, est de préciser la valeur des mots inflammation et maladies organiques.

On est à peu près convenu que le mot inflammation était primitivement une expression métaphorique qui rapprochait les phénomènes de certains états morbides, de ceux que l'action du feu ou de la flamme produit sur les parties organisées.

Depuis, la signification de ce mot a été étendue, variée : on l'a rapporté à une foule d'états différens, et les auteurs ne s'accordent pas dans la définition qu'ils en donnent.

Suivant M. Andral (1), lorsque l'augmentation de l'excitabilité normale est accompagnée de rougeur, de tumeur, de douleur, on l'a appelée inflammation.

Suivant M. Roche (2), l'inflammation est l'augmentation de l'action organique d'un tissu, ou l'irritation avec appel plus considérable de sang que des autres fluides porté au-delà des limites compatibles avec l'exercice libre de sa fonction. Mais, au mot inflammation, ainsi que l'a dit avec raison M. Bouillaud (3), se rattache un sens qui varie selon les périodes de cette maladie, selon son intensité, suivant la structure et les conditions des parties où elle se développe. On a comparé le mot inflammation à une vieille monnaie qui a réellement perdu toute sa valeur, et comme un phénomène complexe qui comprend plusieurs phénomènes. (1)

Il semblerait donc qu'avant d'aborder la question, il faudrait discuter sur les élémens de l'inflammation, sur son mode de production, sur ses variétés; spécifier ce qu'en pathologie on doit entendre par là, et étudier alors l'influence, de ce qu'on aurait considéré comme devant être appelé inflammation, sur les maladies organiques. Telle serait, peut-être, s'il s'agissait d'un concours pour une chaire de pathologie, la marche que j'adopterais. Peut-être que développant une théorie que j'ai depuis long-temps exposée dans mes cours, et qui se rapproche beaucoup de celle de M. Andral, j'anatomiserais pour ainsi dire, l'inflammation, et j'étudierais, d'une part, les élémens de la trame organique qui peuvent être matériellement altérés, et de l'autre les modifications survenues dans leurs fonctions, et rattacherais-je ainsi, à des groupes divers, les phénomènes dits inflammatoires. Mais il ne s'agit pas ici d'idées particulières à un homme; il ne s'agit pas d'émettre des explications plausibles, et que la pratique ne peut guère vérifier, ou ne peut sanctionner qu'avec le temps. C'est l'opinion la plus générale sur la valeur du mot inflammation qu'il faut consulter, celle qui est adoptée par les anciens et par la plupart des modernes, celle qui est reçue à l'étranger comme en France; ce sont des faits pratiques et féconds en applications cliniques qu'il faut rechercher, et non pas des sujets de discussions interminables.

La très grande majorité des auteurs modernes : Boyer (5), Thomson (6), J. Franck (7), Chomel (8), Samuel Cooper (4), ont adopté cette signification donnée par Celse (4), et peut-être par d'autres avant lui, à l'inflammation : *notœ verò inflammationis sunt quatuor, rubor et tumor, cum calore et dolore.* Or, sans nier que beaucoup d'états de l'organisme qui ne présentent pas cette

collection de phénomènes ne puissent être rangés dans les inflammations, et tout en avouant que certains actes présentent la plupart de ces phénomènes, sans qu'on puisse dire qu'il y ait inflammation; cependant pour pouvoir traiter cliniquement la question, ce travail aura sur-tout pour objet les inflammations reconnues pour telles par la majorité des auteurs. Quant aux autres affections dites inflammations, j'avouerai, par avance, les doutes qui restent dans mon esprit, la croyance où je suis qu'il y a, dans plus d'une des discussions élevées sur ce sujet, disputes de mots plutôt que discussions de choses. Ainsi, il s'agit de rechercher la part que peut avoir l'inflammation franche, manifeste, existant ou ayant existé avec ses phénomènes saillans, et le plus souvent avec douleur, rougeur, chaleur et tumeur, dans la production des maladies dites organiques.

La société médicale d'émulation mit cette question au concours : quelles sont les maladies qu'on doit spécialement considérer comme des maladies organiques (9). Ce serait donc un sujet difficile que de déterminer le sens que l'on doit attacher au mot maladie organique. Les définitions données dans les deux mémoires que la société fit imprimer, l'une de Martin (10) : « Les maladies organiques résultat nécessaire d'une aberration de la sensibilité organique qui dérange la nutrition, consistent dans une dégénération des tissus organiques, ou dans la production de nouvelles substances. » L'autre, de Varing (11) : « *Ex reproductione abnormi quando solidorum structura, mixtio, nexus, figura, situs, moles, aut volumen ullo variantur modo et à proprio discedunt ordine morbum declaramus organicum* », sont fort différentes l'une de l'autre, et ne sont pas les mêmes que celles qu'en ont donné Galien (10), Sauvages (11), Selle

(10), Bayle (12), Laënnec (13), Mérat (14), et Rochoux (16).

Plusieurs de ces définitions s'accordent pour ranger dans les maladies organiques toutes les altérations de fonctions qui résultent de modifications ou de lésions dans le volume, le siége, la forme, la texture, les rapports des organes; il résulterait de là que toutes les maladies devraient être considérées comme organiques, puisque toutes sont des altérations de fonctions, et puisqu'il ne peut y avoir de fonction altérée sans que son instrument éprouve une lésion quelconque. Aussi M. Mérat (14) dit-il que les quatre cinquièmes des sujets périssent avec des lésions organiques, et le nombre de celles-ci augmentera encore de beaucoup si l'on considère le sang comme remplissant les fonctions d'organe, et partant, comme le siége de lésions organiques.

Ainsi toute maladie serait organique, opinion générale qui ne date pas de nos jours, qui est celle de presque tous les médecins, que personne n'est en droit de revendiquer pour lui-même, et qui est née dans les recherches de Haller comme dans les travaux de Morgagni, et dans les progrès des sciences physiques et chimiques; opinion qui ne constitue le système de personne en particulier, mais qui est plus ou moins dans l'esprit de tous.

Ainsi la question proposée embrasserait la plupart des hautes questions médicales et chirurgicales; mais telle n'a pu être la pensée du jury; car ce n'est pas dans un travail qui doit être imprimé en douze jours, qu'une tâche semblable peut être entreprise, et ce n'est pas dans la production éphémère d'un concours qu'un aussi vaste sujet peut être embrassé. Le mot *dites*, ajouté au mot organiques, prouve de reste que l'on a voulu spécifier

certaines maladies ; mais quelles sont celles dont on a voulu parler ?

Certes, ce ne peut être l'assemblage de lésions disparates admises par Pinel (15) sous le nom de maladies organiques, et qui a prêté tant d'arguments à la logique puissante de l'auteur de l'examen ; assemblage qui classe le scorbut à côté du cancer, la gangrène près de la syphilis, et les hydropisies non loin des tubercules. Ce qui était bon pour le temps de Pinel, et ce qui était alors un progrès n'est plus au niveau du point où la science est parvenue. Il faut donc chercher à préciser davantage la question.

Laënnec (13) a d'abord considéré comme maladies organiques celles qui sont accompagnées d'une lésion évidente dans un ou plusieurs organes. Bayle (12) distinguant avec soin la lésion matérielle qui est la cause, et la maladie organique qui est l'effet, veut, pour que la maladie soit dite organique, que l'altération organique soit grave, persistante et chronique. M. Rochoux (16) retranche des maladies organiques toutes celles qui ne sont pas sous l'influence des forces vitales, et l'usage, qui dans la signification des mots scientifiques passe avant leur étymologie, réserve le nom de maladies organiques à un assez petit nombre d'affections, en tête desquelles se trouvent les tubercules, le cancer, et plusieurs maladies chroniques du cœur. Cet usage est tellement reçu, que deux médecins d'un haut mérite, l'un M. le docteur Bayle (16[2]), l'autre M. le docteur Donné (17), dans les concours pour l'agrégation en 1826 et en 1832, ayant eu à peu près le même sujet à traiter, se sont occupés presque exclusivement des tubercules et du cancer. Sans suivre donc Heusinger (17[2]) dans les classifications des maladies organiques exposées par les auteurs, et en se con-

formant à l'acception la plus généralement reçue, le sujet de ce travail sera circonscrit dans un petit nombre de maladies organiques.

Mettant donc de côté une foule d'affections variées, les dégénérations osseuses, cartilagineuses, les tumeurs de diverses espèces, enkystées ou non enkystées; ne parlant des hydatides, dont l'origine est si obscure, qu à l'occasion de la production des tubercules et du cancer; cette dissertation comprendra seulement l'histoire des influences que l'inflammation peut exercer sur les tubercules, le cancer et les maladies du cœur. Et après avoir étudié ce qu'il y a de spécial dans la part quelle a dans chacune de ces affections, il s'agira de rechercher s'il y a des conséquences générales à déduire sur la part que l'inflammation peut avoir dans la production des maladies dites organiques.

Ainsi, voici le sens dans lequel la question proposée sera prise :

Quelle part a l'état pathologique, reconnu généralement comme inflammatoire, dans la production des maladies que l'usage fait le plus ordinairement considérer comme organiques.

DISSERTATION

SUR CETTE QUESTION :

QUELLE PART A L'INFLAMMATION DANS LA PRODUCTION DES MALADIES DITES ORGANIQUES ?

PREMIÈRE PARTIE.

PATHOLOGIE.

PREMIÈRE SECTION.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'INFLAMMATION ET SUR SES PRODUITS.

Sous l'influence d'un stimulant venant du dehors, ou agissant au-dedans d'un organe et dans les vaisseaux de celui-ci ou dans ses nerfs; sous l'influence encore d'un obstacle mécanique au cours du sang, cet organe devient souvent douloureux, rouge, chaud et tuméfié. C'est là l'inflammation telle qu'elle est généralement admise. Si elle persiste, et suivant son degré, tantôt le tissu reste long-temps dans cet état, avec des nuances variées; tantôt des liquides séparés du sang se déposent dans la trame organique ou dans les cavités qu'elle circonscrit, et y éprouvent des modifications successives, étudiées avec beaucoup de soin par Hunter, Stark, Abernethy, Meckel, Broussais, Cruveilhier (18), etc. A la longue, le tissu des parties solides paraît lui-même s'altérer, s'endurcir, se ramollir (Andral), s'ossifier (Rayer), s'épaissir, s'amincir, se détruire, se mortifier, se transformer en des substances nouvelles.

On a étudié, avec beaucoup de soin, l'état: 1° des solides, 2° des liquides dans les tissus enflammés.

1° Les uns veulent que les capillaires se resserrent, se contractent et augmentent d'action, Gorter (19), Bichat, Broussais; les autres, avec Wilson Philip, qu'ils se dilatent passivement et soient par conséquent affaiblis bien que les grosses artères puissent alors augmenter d'action (19); d'autres pensent que les petits vaisseaux se dilatent activement (Hunter, Hebeinstreit (19), Pruz); d'autres, tels que Thomson, Hastings, Kaltenbrunner (19) croient qu'à une certaine époque de l'inflammation, les vaisseaux se resserrent, et qu'à une autre ils se dilatent. Toutes ces manières de voir peuvent influer sur les théories et la thérapeutique de ceux qui consultent plutôt les livres que les faits cliniques; mais elles modifient peu la pratique de l'homme qui étudie la médecine au lit du malade.

L'état des liquides, dans les parties enflammées, mérite de fixer l'attention. D'une part, il est certain que, dans beaucoup de cas d'inflammation, la sérosité du sang est altérée; qu'elle est trouble, opaline aussitôt après sa séparation du caillot sur lequel elle se place (20); que, concrétée spontanément, elle prend l'apparence des membranes pleurétiques accidentelles; que, soumise à la dessiccation, à l'évaporation lente, et à la température habituelle à l'homme, elle prend des aspects plus ou moins analogues à ceux des productions anormales; que le sang renfermé dans l'aorte et dans le cœur, à la suite des inflammations et même dans d'autres maladies, présente souvent des concrétions fibrineuses très semblables à ce qu'on observe dans certains cas de productions accidentelles; que les fluides sécrétés séjournant dans leurs réservoirs, partiellement absorbés ou évaporés, changent

d'apparence, s'indurent, se transforment en concrétions ou du moins s'épaississent (20); que de la sérosité plastique ou autre, est déposée au moins entre les mailles du tissu enflammé ou dans les cavités qu'il circonscrit (Hunter, Abernethy), et que là, vivante, soumise à l'action des tissus, aussi vivants, elle y est modifiée, changée, altérée, quelquefois épaissie, d'autres fois indurée et concrétée, et que dans certains cas elle est susceptible de s'organiser et de présenter des vaisseaux de nouvelle formation (Hunter, Gruithuisen, Chaussier, Dupuytren (19), Laënnec, Breschet, Cruveilhier, Gendrin, etc.); que non-seulement la sérosité du sang, mais que sa matière colorante (21), que la fibrine, que le sang en totalité peuvent s'épancher et être placés dans les conditions où la sérosité était tout-à-l'heure supposée se trouver; qu'enfin les fluides sécrétés normalement par des organes variés, peuvent encore compliquer ces produits épanchés dans l'inflammation.

Si l'on ajoute que les principes du pus (à part les cas où il est altéré par l'air) entrent aussi dans la composition du sang; que les globules purulens vus au microscope (bien qu'il y ait des recherches contradictoires sur ce sujet (24)) paraissent fort analogues à ceux du sang (23), et n'en diffèrent que par la perte de la matière colorante (23) ou par leur volume, l'on concevra jusqu'à quel point les produits ultérieurs de l'inflammation, pourront varier et de couleur, et de densité, et d'apparence. Rappelons-nous encore que le pus est lui-même susceptible de se solidifier, de former des productions accidentelles et variées, mentionnées par J. Franck (25), et étudiées par Laënnec (26).

Mais si les produits de l'inflammation peuvent ainsi varier d'aspect, seulement en raison des modifications surve-

nues dans des fluides déposés dans les organes et en raison des altérations qu'ils y éprouvent (Meckel) (22), comment n'admettra-t-on pas encore plus de variations possibles dans l'apparence de ces produits, si l'on se rappelle : que chaque organe a une structure qui lui est propre et spéciale ; que les aréoles circonscrites dans la trame organique, sont différentes en volume, en forme etc., de celles des autres parties; que les vaisseaux et les nerfs que reçoivent les tissus sont divers pour chacun d'eux, sous le rapport du nombre, comme sous celui de la disposition et de l'espèce ; que les quantités de tissu cellulaire varient dans chaque partie, etc., etc. ?

Mais, remarquez que l'inflammation ne sera pas toujours la même, toujours un être abstrait agissant d'une même manière, et en excitant toujours identiquement la vitalité ; remarquez qu'elle se compliquera sans doute dans beaucoup de cas d'une spécificité dans son action, qu'elle sera modifiée par les altérations du sang qui entretient la vitalité des organes ; que si celui-ci est incomplétement oxygéné dans le poumon, ou que s'il est modifié par quelque agent délétère, les produits de l'inflammation devront en être influencés : ajoutez que l'époque, le degré, la durée du travail inflammatoire, modifieront encore les résultats de celui-ci, et voyez jusqu'à quel point de variété pourront être portées les apparences des produits de l'inflammation.

DEUXIÈME SECTION.

RAPPORTS DE L'INFLAMMATION ET DES MALADIES DITES ORGANIQUES.

CHAPITRE PREMIER.

TUBERCULES.

Apparence des Tubercules. Ce mot, qui signifie petite tumeur, a été employé dans les ouvrages d'Hippocrate et de Galien, pour désigner des choses fort différentes les unes des autres. C'est aux travaux des modernes, et notamment à ceux de Bayle et de Laënnec, que l'on doit d'avoir assigné cette dénomination à de petits corps formés par une matière opaque, d'un jaune pâle, plus ou moins dense, non organisés s'ils sont simples, d'une grosseur variable, enkystés ou non enkystés, et dont la forme est ordinairement arrondie. M. Cruveilhier fait remarquer que ces tubercules sont loin d'être toujours les mêmes. Il y en a, dit-il, d'ossiformes, de cartilaginiformes; d'autres ressemblent à du plâtre, d'autres à du mastic de vitrier, d'autres à une matière caséeuse, morcelée, plus ou moins concrète (27). Déjà Morgagni, qui, à la vérité, n'avait pas rigoureusement précisé le sens du mot tubercule, et qui redoutait tellement la contagion de la phthisie qu'il évitait d'ouvrir les phthisiques, dans la crainte, jeune, de contracter lui-même la maladie, vieux, d'y exposer ses nombreux élèves, déjà (28) Morgagni, dis-je, citant une observation de Bonet, rapporte qu'il y avait trois sortes de matières dans les tubercules; que les uns res-

semblaient à du miel, que les autres étaient pleins de pus, que les derniers contenaient une matière stéatomateuse (29).

Ces corps jaunâtres et le plus souvent durs, peuvent être, suivant M. Lombard (30), simples ou multiples. Dans le premier cas, qui se rapporte aux tubercules enkystés de Bayle, isolés de Laënnec, il n'y a pas de substance organisée dans le centre de la tumeur. Dans le second, qui correspond aux tubercules non enkystés de Bayle, et infiltrés de Laënnec, plusieurs tubercules réunis et confondus en masse peuvent laisser entre eux une certaine quantité de tissus organisés (31). S'étendre sur la description de ces productions déjà si bien tracée par Stark (32), reproduite et complétée par Bayle et Laënnec, serait inutilement répéter ce qui se trouve dans une foule d'ouvrages élémentaires. Les tubercules se rencontrent dans tous les organes, et dans presque tous les tissus; ils s'y présentent, suivant l'opinion générale, toujours avec les mêmes attributs physiques, et ils sont susceptibles de passer successivement par divers degrés de dureté ou de mollesse. Des pathologistes ont cru qu'ils étaient constitués par des ganglions lymphatiques (33); d'autres, par des vaisseaux du même ordre enflammés, développés, et altérés (34). Bayle et Laënnec y ont vu une substance spéciale, une production de nouvelle formation, hétérologue et susceptible de changements successifs. Morgagni lui-même croyait qu'une humeur épaissie, perdant ses parties liquides, et devenant irritante, déterminait l'érosion du tissu du poumon (35). Enfin, les tubercules peuvent être le résultat du dépôt de fluides variés et sécrétés dans les cavités aréolaires, cellulaires, glandulaires ou séreuses des organes, par suite du travail inflammatoire et des modifications ultérieures

que ces fluides y éprouvent (36). J'ai moi-même établi ailleurs quelques idées sur ce sujet (37).

Tubercules pulmonaires. C'est presque toujours dans le poumon que commencent les tubercules, de sorte que lorsqu'on en trouve ailleurs, il y a à croire qu'on en rencontrera dans les organes respiratoires. C'est aussi dans ces parties qu'ils ont été le mieux étudiés. Ont-ils leur siége dans les vaisseaux pulmonaires? c'est ce qui ne paraît pas avoir lieu primitivement, au moins pour la très grande majorité des cas. Sont-ils situés dans le tissu cellulaire sous-muqueux qui entoure les vésicules aériennes (36)? c'est ce qu'il est bien difficile de voir, mais ce que de bons observateurs affirment avoir constaté, soit par l'observation directe (Louis, Lorinzer) (38), soit par des injections dans les ganglions lymphatiques tuberculeux, où elles pénétraient aussi facilement que dans des glandes saines, soit par l'examen d'un canal déférent tuberculeux dont la cavité était conservée (39). Est-ce dans la cavité même des vésicules qu'ils se forment primitivement? c'est ce que plusieurs faits d'anatomie pathologique portent à croire, ce que l'étude des sécrétions et du mécanisme des excrétions pulmonaires fait supposer, ce que la structure du poumon fait penser, et ce que des expériences directes de M. Cruveilhier semblent démontrer (36).

Tubercules à leur origine. C'est encore une question de savoir quel est leur état rudimentaire. On a dit qu'ils étaient d'abord durs, granuleux, grisâtres, demi-transparens ou demi-jaunâtres, qu'ils présentent, dès le principe et lorsqu'ils sont à peine visibles, les caractères qui plus tard, les distinguent (Bayle et Laënnec). Baron, Dupuy, affirment les avoir trouvés à l'état de kyste hydatique dans lequel se déposait ensuite la ma-

tière tuberculeuse (40), suivant M. Cruveilhier (36), et d'après des faits vus par M. Andral (41), une observation de M. Rochoux (42), des ouvertures de cadavres de chevaux, par MM. Leblanc et Trousseau; d'après plusieurs cas dans lesquels j'ai trouvé de petits abcès tout à côté de tubercules à divers degrés de consistance et de grosseur, et où la transition d'un état mou à un état dur était évidente ; d'après encore les analogies entre ce qui se passe dans les fluides accumulés et séjournant dans les réservoirs et la formation des tubercules; enfin d'après l'application aux productions anormales de cette loi : que tout organe avant d'avoir été solide, a d'abord été à l'état liquide ou mou ; d'après tout ceci, dis-je, il y a lieu de croire que les tubercules ont été mous avant d'être durs.

Ramollissement des Tubercules. Ces tumeurs se ramollissent plus tard. Laënnec voulait que ce fût toujours par le centre, comme il voulait aussi que le point jaunâtre du tubercule commençât au centre de l'infiltration grise et demi-transparente qu'il admettait. Lombard assure que les tubercules simples ne se ramollissent jamais du centre à la circonférence, et que le tubercule multiple qui conserve une matière organisée au centre, est le seul qui soit dans ce cas (43). Une fois ramollis, ces tubercules sont formés par une matière variable en raison d'une foule de circonstances; celle-ci est, suivant les cas, tantôt expectorée, tantôt partiellement absorbée. C'est alors que se prononce la fièvre hectique, et que les tubercules semblent surtout se reproduire dans des organes nombreux. La matière qui les constitue est-elle mêlée au sang ? Il est impossible que cela n'arrive pas pour les parties séreuses et moléculaires des tubercules, qui sont nécessairement absorbées; mais il est très douteux qu'il

en soit ainsi pour la matière tuberculeuse en masse, et reconnaissable dans les vaisseaux, par des attributs physiques. Les faits consignés dans les auteurs modernes sur la matière tuberculeuse trouvée dans le sang, ne me paraissent pas concluans (44).

Leur composition chimique. Quant à la composition chimique des tubercules, M. Donné a trouvé qu'ils avaient la plus grande analogie et même une identité parfaite avec la fibrine du sang (45) ; il croit que de l'albumine y est aussi combinée. MM. Thénard et Dulong y avaient trouvé du phosphate et du carbonate de chaux en même proportion que dans les os des animaux, circonstance qui, rapprochée par M. Dupuy, de la grande quantité de phosphate de chaux contenue dans le lait des vaches phthisiques, et de la fragilité des os chez les sujets atteints de phthisie, a conduit M. Larcher à penser que la matière tuberculeuse est en rapport avec une déviation des éléments organiques des os, et sur-tout de leurs principes calcaires (46).

Tubercules chez les Animaux. Du reste, les tubercules se rencontrent chez les animaux comme chez l'homme; les herbivores y sont plus sujets que les carnivores. M. Royer Collard en a vu dans les poumons d'un lion (47); les singes de la ménagerie y succombent presque tous (48); les ruminants en sont très fréquemment atteints, et les oiseaux mêmes n'y sont pas étrangers.

Etat du Poumon autour des Tubercules. Fréquemment, le tissu des organes qui entourent les tubercules est sain. Le plus souvent il présente des nuances variées de maladies rapportées à l'état inflammatoire. Presque toujours le tissu des poumons tuberculeux présente à la mort les caractères de la pneumonie hypostatique (49) et de l'asphyxie par l'écume bronchique (50).

Circonscription de la question aux tubercules pulmonaires. Il n'est pas possible, dans cette dissertation, d'étudier l'influence de l'inflammation sur la production des tubercules dans tous les organes. Il faudrait traiter du développement des tubercules mésentériques, encéphaliques, osseux, hépatiques, etc. Parmi tant de maladies tuberculeuses, une seule sera étudiée dans ses rapports de causalité avec l'inflammation, c'est la phthisie pulmonaire; celle-ci sera prise pour exemple des autres, et il est bon de la citer de préférence, parce qu'elle est la plus commune, la plus étudiée, celle qu'on peut le mieux suivre, et celle pour laquelle le diagnostic par les signes physiques a fait davantage.

Circonscrivant ainsi la question pour la maladie organique, dite tuberculeuse, il faut aussi la circonscrire pour les maladies pulmonaires, dites inflammations.

Celles qui peuvent être étudiées comme franchement inflammatoires, sont la bronchite aiguë, la pneumonie franche et la pleurésie. Tous les praticiens considérant ces affections comme des inflammations, chacun d'eux convenant de ce qu'on doit entendre par tubercule, les questions suivantes seront nettes, précises, et prêteront le moins possible au vague, qu'il faut toujours chercher à éviter dans les discussions.

PREMIÈRE QUESTION.

La Pneumonie franchement inflammatoire au début peut-elle, lorsqu'elle persiste, produire des Tubercules?

On a cité en faveur de la solution affirmative de cette question : 1° que la pneumonie était quelquefois suivie de phthisie; que les symptômes de celle-ci étaient souvent inflammatoires; que dans les pays où les pneumonies étaient très fréquentes, la phthisie l'était également, et

qu'elle cessait de le devenir, lorsque les mêmes hommes étaient transportés dans des contrées où l'inflammation du poumon était rare; que le traitement antiphlogistique avait arrêté quelquefois les premiers symptômes de la consomption pulmonaire; que cette vérité avait été même pressentie par Sydenham, qui prescrivait de larges saignées au début de la phthisie (51); que l'analogie devait faire admettre que très souvent le poumon pouvait être chroniquement enflammé, et que cependant ce qu'on appelle pneumonie chronique est une maladie fort rare; que plusieurs observations ont fait voir, dans les masses hépatisées, des granulations commençantes qui représentent les vésicules aériennes, et qui paraissent être des tubercules à leur origine (observations de MM. Andral, Lombard (52), Gendrin (53); qu'on y a trouvé aussi des tubercules tout formés (54); que Schrœder Van-der-Kolk a suivi les tubercules dans les poumons enflammés, depuis leur première formation à l'état de sérosité plastique, jusqu'à divers degrés de consistance et à la forme tuberculeuse (55). Je pourrais ajouter que j'ai vu une multitude de fois les poumons chroniquement enflammés présenter sur certains points des gouttelettes de pus, sur d'autres des granulations plus consistantes, et ailleurs des substances d'apparence tuberculeuse; que j'ai vu la même chose chez beaucoup de phthisiques; que des râles existent dans la pneumonie, qu'ils sont produits par les rapports de l'air et des fluides sécrétés, et que si ces fluides ne sont pas expectorés ou absorbés, il faut bien qu'ils deviennent quelque chose : or, quel serait ce quelque chose, si ce n'était la dégénérescence tuberculeuse; que les concrétions pseudo-membraneuses de la plèvre s'indurent souvent dans cette membrane, et qu'on ne voit pas pourquoi il n'en arriverait pas ainsi,

pour la sérosité plastique déposée dans les aréoles pulmonaires : qu'on en voit survenir autant dans la péritonite et dans d'autres inflammations (56); que la sérosité plastique concrétée ressemble à du pus solidifié, et que la composition chimique de cette sérosité du pus et des tubercules sont fort analogues (57). On ajoute à cela les expériences très remarquables de M. Cruveilhier, dans lesquelles la formation d'abcès multiples, puis de tubercules, ou du moins de substances très analogues aux tubercules, suivirent l'injection du mercure, faite dans les bronches et dans les vaisseaux sanguins. Ce fait est d'autant plus important, qu'il a été observé chez des chiens, qui sont très rarement atteints de tubercules.

Contre ces arguments, d'un grand poids sans doute, voici ce qu'on a objecté :

1° La pneumonie aiguë est rarement suivie de tubercules, et l'on ne suit pas bien le passage entre la pneumonie aiguë et la phthisie ; on a trouvé des tubercules chez le fœtus (58). 2° Les hommes sont plus sujets à la pneumonie qu'aux tubercules, les femmes plus sujettes aux tubercules qu'à la pneumonie, et l'on trouve plus de femmes que d'hommes phthisiques (59): donc c'est le sexe qui compte le moins de pneumoniques qui présente le plus de phthisiques; donc la phthisie n'est pas en rapport avec la pneumonie. 3° Cette dernière maladie occupe rarement le lobe supérieur du poumon, et fréquemment les autres points de l'organe : donc si le siége n'est pas le même, la maladie doit être différente. 4° Les tubercules se développent le plus souvent du sommet à la base du poumon, tandis que la pneumonie s'élève de la base au sommet(59). 5° La pneumonie existe fréquemment d'un seul côté, et les tubercules des deux côtés (59). 6° De plus, le poumon est très souvent sain

autour des tubercules (59[2]). 7° On a même trouvé des différences notables entre les caractères de l'infiltration tuberculeuse et ceux de la pneumonie chronique (60, 61); l'aspect des tubercules diffère essentiellement de celui que la pneumonie chronique présente; ce sont deux maladies différentes, confondues à tort par M. Broussais. 8° Dans six cas de phthisie aiguë, la maladie détermina une mort prompte, dans l'une en trente-trois jours, dans une autre en cinquante-trois jours, et il n'y avait ni pneumonie, ni bronchite (62). 9° Dans des cas de phthisie latente, la mort est survenue sans symptômes aigus qu'on ait pu rapporter à la pneumonie (62[2]). 10° De quatre-vingts phthisiques, il n'y en eut que trois dont les symptômes premiers aient pu être rapportés à des pneumonies datant de trois ans, et encore ceux-ci étaient-ils d'une constitution généralement reconnue comme disposant à la phthisie (63). 11° Les tubercules se reproduisent spontanément dans l'intestin et dans d'autres organes, sans inflammation que l'on puisse y reconnaître: pourquoi n'en serait-il pas ainsi pour ceux du poumon, lors de leur première apparition ? 12° D'ailleurs les principaux faits que l'on cite sont sujets à discussion ; c'est peut-être une simple coïncidence qui, dans les mêmes contrées, a produit la fréquence ou l'absence simultanée de la pneumonie et de la phthisie. 13° Le plus souvent, le traitement antiphlogistique échoue, même au début de la phthisie : les analogies sont trompeuses ; les tubercules que l'on a trouvés dans le poumon hépatisé, peuvent avoir été la cause et non l'effet. 14° On a vu dans les cadavres ce que l'on a voulu y voir; et il n'est pas bien certain que ce soient vraiment des tubercules qu'on ait observés dans les expériences de M. Cruveilhier, qui, pour être concluantes, devraient

être plus variées et en plus grand nombre. 15° Si l'analyse chimique, enfin, indique une composition identique, elle trouve aussi les mêmes éléments dans les liquides normaux, évidemment les plus différents entre eux. 16° Et de plus, ajoute-t-on, l'obscurité du début de la phthisie, contraste avec l'acuité de celui de la pneumonie. L'opinion que vous défendez est donc insoutenable. 17° Voyez encore une foule de circonstances favoriser, hâter le développement de la phthisie : l'hérédité, la constitution, l'habitation dans un lieu humide, la faiblesse des sujets chez lesquels elle se développe, les causes affaiblissantes qui la produisent, et vous serez convaincu qu'une cause spéciale, occulte, inconnue, préexiste et donne lieu à cette grave maladie.

Un grand nombre de ces objections peuvent être réfutées : 1° Si la pneumonie à l'état très aigu, de tout un lobe, de tout un poumon, n'est pas fréquemment suivie de tubercules, il peut n'en pas être ainsi, des formes moins tranchées de la maladie, et des cas où le petit nombre de parties malades n'a pas permis qu'il se développât des phénomènes généraux très marqués. 2° Cette remarque peut être appliquée aux pneumonies de la femme, qui, pour marcher avec des symptômes moins évidents, n'en sont pas moins des pneumonies. Voyez si à la Salpêtrière les pneumonies sont moins fréquentes qu'à Bicêtre ! Si l'on a trouvé des tubercules chez le fœtus, on y a aussi rencontré des inflammations (64). 3° Il est de fait que la pneumonie aiguë du lobe supérieur du poumon droit est tout aussi fréquente que celle qui a son siége ailleurs (64 2). J'ai constaté ce fait un grand nombre de fois. Sans doute, la pneumonie de forme hypostatique est très fréquente en arrière, mais la pneumonie aiguë affecte souvent le lobe supérieur. S'il y a une pré-

férence pour la formation des tubercules dans le lobe supérieur, cela ne peut-il pas dépendre de la disposition anatomique de cette partie, du peu de mobilité des premières côtes, par exemple, et de la difficulté de l'expectoration, conséquence de ce peu de mobilité? 4° Si les tubercules marchent du sommet à la base, cela a souvent lieu pour la pneumonie hypostatique qui vient compliquer la pneumonie aigüe. 5° Le nombre des pneumonies partielles, lobulaires, existant des deux côtés, est beaucoup plus fréquent qu'on ne l'a dit. 6° Si l'on trouve le poumon sain autour des tubercules, ce n'est pas à dire pour cela qu'il fût sain lorsque ces tubercules se sont formés. 7° Les différences signalées entre quelques cas d'infiltrations tuberculeuses et l'état pathologique du poumon dans certaines pneumonies, sont arbitraires, incertaines. 8° Des six observations de phthisie aiguë citées, l'une, la 34ᵉ, a présenté à la nécropsie une pneumonie double; l'autre, la 35ᵉ, une hépatisation du bord tranchant des deux lobes d'un poumon; dans la 36ᵉ les deux organes sont engoués; dans la 10ᵉ (bis), la base du poumon droit était gorgée de sang, les bronches du côté droit étaient rouges et ulcérées; dans la 37ᵉ (dans laquelle il s'agissait d'une suite de couches), la plèvre contenait une pinte et demie de pus épais, et une multitude innombrable de petits abcès existaient dans le poumon : il resterait donc un cas de phthisie aiguë sur six qui avaient été cités (62), et encore ici le début avait-il été inflammatoire. 9° Si, dans les cas qu'on a rapportés, les symptômes de la phthisie ont pu être latents, pourquoi ceux de la pneumonie n'auraient-ils pas pu l'être? 10° Les malades et sur-tout les phthisiques rendent souvent un compte fort infidèle des premiers symptômes de leur maladie, et d'ailleurs, quand il serait vrai qu'il n'y aurait eu, sur

80 cas de phthisie pulmonaire, que 3 qui fussent la suite de pneumonie étendue, cela ne jugerait pas la question pour les pneumonies partielles et sans appareils de symptômes tranchés. 11° Il faut distinguer avec soin les effets qui suivent la résorption d'une substance anormale ramollie, de ce qui est arrivé lors de la formation première de celle-ci. Il se peut, quoique le fait soit très douteux, que la matière tuberculeuse résorbée se dépose ensuite en nature vers certaines parties; mais de plus, ne saisit-on pas souvent l'invasion de la maladie tuberculeuse dans l'intestin? n'y a-t-il pas des coliques, du dévoiement et d'autres accidents dits inflammatoires qui accompagnent ce début? la mort ne démontre-t-elle pas des ulcérations intestinales? et au milieu des souffrances qu'éprouve le phthisique, vous rendra-t-il toujours un compte bien exact des symptômes qu'il aura ressentis pendant la vie. Il est donc difficile de prouver que l'inflammation n'a pas précédé ces dépôts de matière tuberculeuse. La phlébite, inflammation non contestée, est suivie de phénomènes du même genre; et la reproduction des inflammations chez les phthisiques n'est pas moins fréquente que celle des tubercules. 12°, 13° Dire, que l'on peut discuter un fait, que les analogies sont trompeuses, que le traitement échoue au début d'une maladie, ce n'est pas là répondre aux faits ni éclaircir la question. 14° Mettre en doute les faits recueillis par les meilleurs observateurs, c'est donner le droit de douter des observations qu'on donne soi-même. 15° De ce que les analyses chimiques ne disent pas tout, le fait de l'identité des éléments entre les tubercules, le pus et le sang n'en subsiste pas moins. 16° Si le début de la phthisie est quelquefois obscur, fréquemment aussi il est très évident. Quant aux questions qui se rapportent aux circonstances

hygiéniques qui font varier l'aptitude à la phthisie, ceci exige plus de détails.

Il est impossible de ne pas admettre l'influence de certaines circonstances d'organisation sur l'aptitude à être atteint de tubercules (65). On convient généralement qu'elle varie chez les divers sujets : ce sont les individus dont la peau est très blanche, comme étiolée, les pommettes rouges, les yeux bleus, etc., le système pileux peu abondant, les muscles grêles, mous, peu forts, le sang séreux, pauvre en fibrine et en matière colorante, à *sécrétions* muqueuses abondantes; les individus chez lesquels les phlegmasies ont de la tendance à persister et qui guérissent difficilement (66); les hommes à poitrine étroite, à épaules saillantes, à cou long; ceux dont les glandes du cou ont été tuméfiées dans l'enfance et à l'occasion de la pousse des dents : ce sont ceux-là, dis-je, qui y paraissent le plus disposés.

Il en est ainsi, suivant madame Boivin, des femmes dont les yeux sont bleus et les cheveux blonds; car, sur 372 femmes affectées de tubercules ou de cancer, il y avait 275 blondes. Il faudrait savoir, pour que ce calcul fût utile, quelle est, dans nos contrées, la proportion relative des blondes et des brunes (69).

D'après des relevés statistiques de la ville de Paris, le nombre des femmes phthisiques dépasserait, d'un cinquième, celui des hommes (67). C'est de vingt à trente ans que la maladie serait la plus commune dans le poumon (68); mais dans l'enfance, les tubercules pris en masse dans toutes les parties du corps, sont peut-être encore plus communs (70). L'habitation dans un pays froid et humide favorise le développement des tubercules (71). Quelques faits me portent à croire que la respiration d'un air non renouvelé et vicié par des émana-

tions animales, que le défaut de lumière, peuvent n'être pas sans influence sur le développement de la phthisie, etc. (72). Mais toutes ces circonstances n'agissent sur l'organisme que comme causes éloignées, prédisposantes, et on ne pourrait pas plus les accuser de produire la phthisie que la pneumonie lente; seulement elles peuvent modifier tellement les symptômes, que ceux-ci soient obscurs au début.

Y a-t-il une autre cause spéciale, prochaine, existant au dedans de l'homme atteint, suivant Bayle, de phthisie latente, cause qui décide le dépôt de la matière tuberculeuse, et à laquelle, dans cette hypothèse, tout phénomène d'inflammation serait subordonné? Y a-t-il un vice qui cause la phthisie; rien ne le prouve. Si l'influence de l'hérédité était démontrée, elle serait à l'appui de cette supposition; mais ce n'est que dans la dixième partie des sujets, que, d'après les recherches de M. Louis (73), les parents étaient phthisiques. Il y a cependant des faits nombreux qu'on a allégués en faveur de cette influence héréditaire (Dupuy, Madame Boivin (74)); mais presque toujours dans ces cas les enfants s'étant trouvés dans les mêmes circonstances que celles où se rencontraient les parents, les mêmes causes ont pu agir sans qu'il faille absolument remonter à l'influence de l'hérédité pour expliquer leur effet. Quand on citerait un grand nombre de phthisiques qui auraient donné le jour à des tuberculeux, cela ne prouverait pas que la phthisie, *en général*, soit en rapport avec l'hérédité. La contagion de la phthisie, qui supposerait l'existence d'un virus, paraît ne pas être réelle; si donc on veut admettre une diathèse tuberculeuse, il faudrait entendre par là que certains hommes sont disposés plus que d'autres à être atteints de phthisie; ce ne

serait pas là un inconnu, un X algébrique ; mais il s'agirait plutôt de circonstances d'organisation qu'il serait possible de saisir. Et de plus, il faut convenir que des individus de tous les âges, de tous les sexes, de toutes les constitutions, dans toutes les conditions sociales, dans tous les lieux, dans tous les temps, dans toutes les saisons, que des animaux même privés de leur liberté, ont été atteints de phthisie pulmonaire.

Il résulte de toute cette discussion, que l'inflammation aiguë du poumon, générale ou partielle, avec des symptômes plus ou moins tranchés, peut-être sans prédisposition et souvent avec des prédispositions, est susceptible de donner lieu si elle persiste, à la production de tubercules. Mais il n'en résulte pas qu'elle soit la seule cause qui préside à leur naissance.

DEUXIÈME QUESTION.

La bronchite aigüe et franchement inflammatoire dans le principe, peut-elle, lorsqu'elle persiste, produire des Tubercules ?

Beaucoup de faits et de raisonnements tendent à faire admettre qu'il peut en être ainsi. Dans les pays où la bronchite est fréquente, les tubercules pulmonaires sont communs : les professions dans lesquelles des poudres excitantes sont respirées et agissent sur les vésicules aériennes semblent exercer une influence sur la production des tubercules. Le plus souvent plusieurs bronchites graves, précèdent la phthisie; et fréquemment aussi l'une d'elles plus aigüe que les autres et accompagnée d'une hémoptysie, quelque peu abondante qu'elle soit, marque l'invasion des premiers symptômes des tubercules; très souvent on trouve à la mort, des altérations variées dans les bronches : telles que des rougeurs, des ramollissements, des

ulcérations; altérations qui supposent une inflammation préalable ou concomitante des ramifications bronchiques des deuxième et des troisième divisions; au voisinage, des parties de poumons sont indurées, ordinairement rouges et tuméfiées. L'inflammation d'nne portion de la peau ou des membranes muqueuses décide la phlegmasie, les abcès et quelquefois les indurations des ganglions lymphatiques où les vaisseaux de même ordre vont se rendre; il doit en être ainsi pour la membrane muqueuse des poumons, et les tubercules ne sont autre chose que des vaisseaux ou des glandes lymphatiques chroniquement enflammés. D'ailleurs, plusieurs des raisons qu'on a fait valoir à l'appui de l'opinion qui considère la pneumonie comme cause des tubercules, pourraient se reproduire ici relativement à l'influence de la bronchite.

A ces faits, et à ces raisonnements, d'autres peuvent être opposés. Souvent, avant d'être atteints par les tubercules, les phthisiques n'ont pas été sujets à la bronchite, et on a trouvé ces productions chez des hommes qui n'avaient jamais eu de catarrhes; 2° sur 80 tuberculeux, il n'y en avait que 23 qui eussent été fréquemment atteints de rhumes (74[2]); 3° les femmes moins sujettes que les hommes à la bronchite aigüe (75), le sont plus qu'eux à la phthisie; 4° des milliers d'hommes toussent chaque année, et il en est peu, parmi eux, qui deviennent phthisiques; 5° sur certaines côtes maritimes, les rhumes sont aussi fréquents que les tubercules y sont rares; 6° les vieillards sont très sujets à la bronchite et cependant les tubercules se rencontrent rarement chez eux (76); 7° l'invasion de la phthisie débute par un catarrhe, celui-ci est la conséquence de tubercules préexistants et de l'inflammation qu'ils causent par leur présence, ou par leur ramollissement. C'est ce qui a paru évident dans plusieurs cas de

phthisie aiguë; 8° les bronches sont quelquefois saines chez les phthisiques; 9° (742) les altérations de rougeur qu'elles présentent sont souvent des effets cadavériques, et d'ailleurs les accidents inflammatoires des bronches peuvent être tout aussi bien consécutifs à la présence des tubercules dans les poumons que primitifs; 10° quant à l'opinion d'après laquelle les tubercules seraient des ganglions ou des vaisseaux lympathiques malades, l'anatomie pathologique ne permet pas de l'admettre; car rien dans les tubercules ne démontre quelque chose d'analogue à ces parties.

Plusieurs de ces objections peuvent être réfutées : 1° il est fort diffficile de s'assurer si un homme chez lequel la phthisie se déclare, ou sur le cadavre duquel on trouve des tubercules, n'a pas eu un ou plusieurs catarrhes graves; il faudrait pour cela faire une enquête qui remonterait à son enfance, et cette enquête elle-même serait sujette à erreur. Les tubercules peu nombreux et peu volumineux semblent, en effet, rester fort long-temps dans le poumon sans y produire de symptômes, ils peuvent donc s'y trouver depuis d'anciens rhumes qui auraient été oubliés par les malades ou dont ceux-ci ne parleraient pas. 2° Les mêmes remarques sont applicables aux relevés statistiques. 3° Les femmes entrent moins à l'hôpital et supportent souvent beaucoup plus courageusement leurs souffrances que les hommes ; mais elles n'en sont pas moins aussi sujettes qu'eux aux rhumes : la pratique civile le prouve. Leur genre de vie différent de celui des hommes, et plusieurs circonstances d'organisation, telles qu'une énergie moindre dans la circulation, expliqueraient de reste pourquoi les rhumes sont, chez elles, plus susceptibles de se terminer par la phthisie. 4° De ce que les tubercules suivent, dans cer-

tains cas, la bronchite, ce n'est pas une raison pour que toutes les bronchites soient suivies de phthisies. 5° Si Laënnec a observé, en Bretagne, que les rhumes sont fréquents sur les bords de la mer et que les tubercules y sont rares, Lombard a vu les tubercules et la bronchite très communs sur les côtes d'Angleterre; d'ailleurs, le fait fut-il admis, prouverait tout au plus que l'habitation des plages maritimes a une influence heureuse sur la marche des affections de poitrine. 6° Si, chez les vieillards, la bronchite n'est pas aussi souvent suivie de tubercules (quoiqu'on observe chez eux un assez grand nombre d'exemples de ce fait). c'est que leurs poumons, leur sang, leur état général, ne sont pas semblables à ceux des individus plus jeunes, et que d'autres circonstances survenues pendant l'action d'une cause, modifient les effets de celle-ci. 7° Admettre des tubercules préexistants au catarrhe, est une supposition que rien ne démontre; quand les tubercules sont miliaires et que le poumon d'alentour est sain, on ne les rencontre pas, soit avec le stéthoscope, soit avec le plessimètre, et comme il n'y a pas de toux dans l'hypothèse qu'on avance, on ne peut s'assurer de leur existence. Toutes les fois que je les ai trouvés assez volumineux pour être appréciables par la percussion bien pratiquée et par l'auscultation, ils étaient toujours joints à des accidents de bronchites qui duraient depuis long-temps. Ajoutez encore que souvent des individus ont les symptômes fonctionnels de la phthisie succédant à un rhume négligé, sans qu'on trouve les signes matériels des tubercules, et que peu à peu la matité annonce le développement de ceux-ci, qu'on les rencontre à l'ouverture, entourés qu'ils sont par du tissu pulmonaire, enflammé, induré, et par des bronches rouges, épaissies ou ramollies; n'est-il pas probable qu'ici

c'est la bronchite qui a commencé, et qu'elle a été suivie de tubercules et de pneumonie. 8° De ce que les bronches sont quelquefois saines autour des tubercules, ce n'est pas à dire qu'elles l'aient toujours été. 9° Il est très vrai que la rougeur des bronches sur les cadavres est souvent un phénomène dû à l'asphyxie par l'écume bronchique et à la présence des produits altérés des sécrétions sur la membrane muqueuse; mais cela ne prouve pas que les rougeurs, les ramollissements, les ulcérations ne soient pas souvent inflammatoires. 10° Quant à l'hypothèse sur la lésion des lymphatiques, elle n'est pour rien dans la question.

Pour ce qui a trait à l'influence des causes générales, sur le développement des tubercules, présentée comme objection à l'influence de la bronchite sur la production de la phthisie, la même discussion qui a eu lieu pour les tubercules, suites de pneumonie est ici applicable (p. 25).

Il résulte de ces considérations que la bronchite franchement inflammatoire dans le principe, peut produire des tubercules; mais cela ne dit pas, que plusieurs circonstances générales et locales agissant pendant sa durée, ne puissent pas favoriser le développement des tubercules.

3 QUESTION.

La pleurésie aiguë peut-elle à la longue produire des Tubercules?

La plupart des faits qu'on peut faire valoir pour l'affirmative, se rallient à ceux qui ont été précédemment discutés relativement à la pneumonie et à la bronchite; car c'est presque toujours en s'étendant, par contiguité ou autrement, aux poumons, que l'on conçoit l'influence que cette inflammation peut exercer sur la formation

des tubercules pulmonaires. Reproduire ces faits, serait tomber dans des redites inutiles. On peut ajouter seulement quelques remarques aux considérations qui ont précédé : on voit des phthisiques chez lesquels l'invasion a été marquée par un point de côté. Chez beaucoup de tuberculeux, si ce n'est chez presque tous, se rencontrent des adhérences anciennes, organisées, celluleuses, qui indiquent d'anciennes pleurésies. On a dit que les tubercules préexistaient ; cela est possible, mais non prouvé. On a ajouté que beaucoup de pleurésies n'étaient pas suivies de tubercules ; mais ce mode d'argumentation a été combattu ailleurs.

Quant aux tubercules qui se développent dans la plèvre, par suite ou à l'occasion de l'inflammation, ce sujet conduirait trop loin pour être traité et, donnerait lieu à des repétitions sans but.

La pleurésie aiguë pouvant produire une bronchite ou une pneumonie aiguës, la part qu'elle peut avoir dans la formation des tubercules du poumon est subordonnée à plusieurs choses : 1° au degré d'influence qu'elle a sur la production de la pneumonie et de la bronchite ; 2° au degré d'influence que celles-ci une fois produites peuvent avoir sur les tubercules ; 3° à plusieurs autres lésions locales qu'elle peut déterminer dans le poumon ou dans l'économie en général et dont il reste à parler.

QUATRIÈME QUESTION.

Des lésions autres que des inflammations aiguës et franches peuvent-elles déterminer la production première des Tubercules pulmonaires.

Il est des lésions du poumon qui ne peuvent pas être rangées parmi les inflammations et qui sont accompa-

gnées du dépôt, dans les cellules aériennes ou cellulaires, de sérosité ou de sang qui peuvent y éprouver des modifications ultérieures. L'œdème du poumon de Laënnec, la pneumonie hypostatique, la pneumonie par obstacle mécanique, l'asphyxie partielle par l'écume bronchique, sont spécialement dans ce cas. On ne peut pas non plus considérer comme des inflammations franches, certains catarrhes remarquables par une abondante sécrétion de fluides variés ; l'auscultation fait trouver des râles dans les vésicules aériennes, et, cela dans des cas où l'expectoration ne se fait pas. Or, dans toutes ces circonstances il faut bien, ainsi que cela a été établi pour les inflammations franches, que si ces liquides ne sont pas expectorés, ils soient absorbés; s'ils sont altérés et épaissis par l'air qui les agite dans les vésicules, cette résorption pourra ne pas être complète (77). Or, ils s'épaissiront de plus en plus; de là, nn corps étranger premier, une première cause d'irritation du tissu, et peut-être une première formation de tubercules. Cette théorie a été pour moi la conséquence de plusieurs faits (78). Dans quelques exemples de pneumonie hypostatique qui ont duré quelques mois et où l'on avait suivi la marche dès le début on trouva des tubercules en petit nombre dans la partie du poumon déclive dans le coucher sur le dos, et ailleurs des liquides à divers degrés de consistance qui rapprochaient, pour l'apparence, quelques-uns d'entre eux des productions évidemment tuberculeuses.

D'un autre côté des hydatides peuvent se manifester dans les poumons. On cite à ce sujet des cas fort remarquables (79); c'est sur-tout chez les animaux que ce fait est commun. Hunter, Jenner, Adams (80), MM. Baron, Dupuy, Mme Boivin, ont observé avec soin les transitions de l'état du poumon rempli de kystes hydatifères

à celui du poumon contenant des tubercules. M. Andral a observé des faits du même genre (81). M. Pailloux et moi avons trouvé dans un poumon de mouton des hydatides à divers degrés de transformation, au dernier terme de laquelle semblait être la dégénération tuberculeuse (80). M. Léveillé neveu (82), dans sa dissertation inaugurale, admet aussi qu'un kyste vésiculeux, mais qu'il ne croit pas être une hydatide, est le rudiment tuberculeux. Déjà Morgagni avait cru que des débris d'hydatides rompues semblaient, en se desséchant, avoir donné naissance à des tubercules (83). Mais, ainsi que le fait remarquer M. Andral, la présence des hydatides dans le poumon passant à l'état tuberculeux, est une chose fort rare chez l'homme, et il est impossible à des médecins versés dans l'étude de l'anatomie pathologique, d'expliquer (dans la très grande majorité des cas) la production des tubercules par cette cause. Le livre de Baron, tout remarquable qu'il est, comme recherches et comme discussion, ne conduit pas à une théorie satisfaisante de la production des maladies organiques. Du reste, il paraît évident, d'après les faits qui viennent d'être cités, d'après la transformation tuberculeuse que j'ai observée plusieurs fois dans les hydatides des ovaires, d'après l'analogie entre ce qui arrive dans ces cas, et ce qui a lieu dans une foule d'actes organiques (p. 11), que le liquide des hydatides, sans cesse absorbé dans ses parties les plus liquides et sans cesse exhalé, peut finir à la longue par prendre tous les caractères des tubercules. Or, comme ici l'origine des hydatides est obscure, comme elle n'est pas inflammatoire, comme (bien que Dupuy ait pensé le contraire) (84) c'est quelquefois en dedans du kyste et non en dehors, ainsi que l'admission de l'inflammation coïncidente le ferait supposer, que la matière tubercu-

leuse est déposée, il faut bien, dis-je, que, dans ces cas, l'inflammation ne décide pas la formation première du tubercule.

Joignez à cela que, les altérations du sang modifiant les fluides sécrétés, et ceux-ci pouvant être déposés en abondance sous l'influence de l'irritation la plus faible et sans qu'on puisse dire qu'il y ait encore inflammation franche, il en résulte que, dans ces cas encore, l'inflammation n'est pas la cause productrice du tubercule.

Il résulte de tout ceci que des lésions autres que des inflammations aiguës peuvent déterminer, dans certains cas, la production première des tubercules. C'est ce qui a sans doute porté quelques auteurs à admettre deux sortes de tubercules, les uns accidentels, les autres constitutionnels : il resterait à les différencier anatomiquement.

CINQUIÈME QUESTION.

L'inflammation peut-elle favoriser le développement des tubercules pulmonaires quelle qu'en soit la cause ?

Comme presque tous les médecins répondent à cette question par l'affirmative, il est inutile de la discuter. Que si on me demandait, dans ces cas, la part de l'inflammation, et celle que peuvent avoir les autres causes, je répondrais que la valeur des unes et des autres peuvent varier comme causalité, à un tel point, qu'il est impossible de rien dire de positif sur cette question générale.

L'analogie porte à penser que la plupart des considérations précédentes, applicables aux tubercules pulmonaires, le sont aussi à ceux qui se développent dans d'autres parties du corps.

Conclusions de la partie de la question qui a trait aux tubercules.

L'inflammation aiguë, franche à l'origine, peut, lorsqu'elle persiste, produire les tubercules.

D'autres causes peuvent présider à cette production.

Souvent ces causes variées sont combinées à des degrés divers avec l'inflammation, pour produire les tubercules.

L'existence d'une diathèse tuberculeuse ne doit être admise qu'en tant qu'elle exprime, non pas un inconnu, un X algébrique, mais des circonstances de causes, d'organisation appréciables ou à rechercher.

CHAPITRE SECOND.

CANCER.

Caractère anatomique du cancer. Le mot cancer a été appliqué à des lésions fort différentes, et définir, d'une manière générale, la maladie que ce mot exprime, est à peu près impossible. Nommerait-on cancers exclusivement les affections qui ont pour caractères communs une tendance à ulcérer le tissu qu'elles ont atteint, à s'étendre aux parties voisines qu'elles détruisent à leur tour, et à se reproduire fréquemment dans les autres organes? Mais cette définition conviendrait à certains symptômes siphylitiques qui ne sont pas rangés parmi les cancers? Faudra-t-il y mentionner le caractère d'incurabilité, mais celui-ci n'est rien moins que prouvé pour tous les cancers? Faudra-t-il abandonner la définition générale et réserver le mot cancer (1) pour les cas où les tissus encéphaloïde et squirreux se trouvent dans les produits cancéreux? Mais on retrancherait

alors les cancers mélané et érectile du nombre des lésions réputées cancéreuses et peut-être aussi certains ulcères qui s'étendent indéfiniment et n'ont pas toujours une base squirreuse. De plus les apparences du squirre se rencontrent dans des tissus qui ne sont rien moins que cancéreux, et quelquefois la fibrine du sang coagulée y ressemble beaucoup; serait-ce parce que le cancer métamorphose les tissus d'alentour en une substance semblable à la sienne; mais ce funeste privilége est commun à d'autres tissus hétérologues (2). Le mot cancer, pris généralement, est donc vicieux (1), il appartient à l'enfance de la science (3) et c'est un service réel rendu par Bayle, Laënnec et M. Cayol, que d'avoir cherché à débrouiller le chaos dans lequel se trouvaient réunis les squirres, les sarcômes, les fongus médullaires et érectiles, les *noli me tangere*, les ulcères phagédeniques, les polypes durs, les ostéo-sarcômes, etc.; mais malheureusement les nuances du cancer, établies dans les divisions de ces auteurs, ne sont pas fixes; il y a bien des extrêmes saillants, propres à faire reconnaître les variétés principales, mais il est une foule de cas où des tissus participant du squirre et de l'encéphaloïde, de celui-ci et du colloïde, ou même de l'encéphaloïde et du tuberculeux, peuvent être observés. La nature ne se prête pas à nos divisions systématiques: elle unit, par des gradations imperceptibles, ce que nous nous efforçons de spécialiser et de différencier; elle le fait pour les productions morbides comme pour les êtres organisés nombreux qu'elle anime, et qui sont liés par une chaîne dont tous les anneaux se touchent.

De là viennent ces opinions si disparates sur les cancers, sur les tissus qui les composent, sur leur mode de développement, sur leur ramollissement, et sur le nombre

d'espèces que chacun en admet. Laissons cette discussion sur la spécialité des produits cancéreux ; il est possible que plus tard elle puisse devenir féconde en applications pratiques ; mais, à présent (5), elle est mieux placée dans un travail de pathologie que dans une dissertation de médecine clinique.

Un tissu grisâtre ou blanchâtre, dur, quelquefois cartilagineux, résistant au doigt qui le presse, élastique, criant sous le scalpel qui l'incise, quelquefois diffus, d'autres fois circonscrit, lobulé et isolé des parties voisines par une membrane propre (circonstance que M. Récamier a heureusement appliquée à la pratique) (4), susceptible, dit-on, de passer par divers degrés de ramollissement, et présentant alors : tantôt des foyers plus ou moins nombreux, contenant de la sérosité claire, trouble, grisâtre ou jaunâtre, rouge de sang ou noirâtre ; tantôt se convertissant en d'autres tissus, telle est la matière accidentelle et organisée qu'on a appelé squirrhe et dont quelques variétés ont été désignées par les noms de sarcômes cystiques, pancréatiques, etc. (6).

Une production présentant un aspect d'un blanc mat, moins consistante, disposée en lobes et lobules, entourée par des membranes et des vaisseaux qui pénètrent dans son intérieur, susceptible, assure-t-on, de se ramollir, de prendre alors un aspect assez analogue à celui de la substance cérébrale; entourée, le plus souvent, d'un kyste qui l'isole ; présentant des vaisseaux dont les faibles tuniques se rompent facilement, et donnent lieu alors à des hémorrhagies qui se répètent ; tel est le tissu encéphaloïde. Quelquefois, au lieu d'être blanchâtre, ce tissu est noir, et ses périodes de ramollissement ressemblent alors à celui que présentent ou le squirrhe, ou l'encéphaloïde; c'est là le cancer mélané. D'autres fois, le tissu nouveau,

riche en vaisseaux mille fois anastomosés, forme une masse dont l'apparence rappelle celle de la rate, et ailleurs encore, prenant l'aspect d'une colle grisâtre, ou d'une gelée transparente, ces productions anormales ont un aspect tout différent du précédent, qui a pour triste prérogative de donner lieu souvent à des hémorrhagies abondantes, qui épuisent et hâtent la mort.

La plupart de ces tissus se nourrissent, augmentent, semblent jouir d'une vie propre, spéciale; forment des tumeurs variées en coloration, en aspect, en grosseur, et dans lesquelles très fréquemment plusieurs tissus cancéreux se trouvent réunis. Dans ces masses, on rencontre souvent des tubercules, des ossifications, des concrétions et des collections de liquides. A part quelques cas (cancers ratatinés), ces tumeurs s'étendent, mais toutes sont susceptibles de devenir le siége d'une circulation plus active et d'ulcérations, de produire des fluides variés, qui, résorbés, ont alors une influence fâcheuse sur l'économie animale. Le sang pâlit, s'altère, perd de son cruor; tous les tissus languissent; toutes les fonctions sont troublées. La face prend des colorations diverses, et celle d'un jaune paille est la plus fréquente; la douleur est quelquefois très vive, atroce même; se prolongeant par élancement le long des filets nerveux voisins; d'autres fois nulle; les traits grippés, l'amaigrissement rendent les rides saillantes, et la mort arrive, hâtée souvent par les dérangements que les tumeurs cancéreuses apportent mécaniquement dans les fonctions des organes, que tantôt elles compriment, et que d'autres fois elles perforent.

A l'exception peut-être du tissu épidermoïque, le cancer attaque tous les organes, écarte les parois qu'ils lui forment, les irritent, les enflamment, les détruisent, ou se les assimilent.

Tel est en abrégé l'histoire du cancer, comme il est possible de le concevoir en général. Seulement, il a une funeste tendance à se reproduire, et cela avec ses mêmes caractères, lors même qu'il est profondément enlevé ; de se multiplier au loin de la manière la plus latente, et s'il parcourt ses périodes, de déterminer, partout où il se développe secondairement, les mêmes accidents que dans les parties où il existait d'une manière primitive.

Cancers à leur origine. L'état des productions cancéreuses à leur origine, est encore un objet de doute. Il faut bien qu'elles aient été d'abord liquides, suivant la loi commune de la nutrition; mais des liquides se sont-ils d'abord réunis en masse pour les former? voici la question. Les uns le pensent, d'autres le nient ; de fortes raisons portent à penser que les éléments du cancer sont déposés dans les aréoles des parties, mais on n'a pas de motifs pour dire que la nutrition même des organes ne soit pas, dans ce cas, altérée (8). Les idées sur le développement premier des tubercules se retrouvent encore ici. Ce qui est plus certain, c'est que le squirrhe ressemble beaucoup à la fibrine du sang coagulée et épaissie, et ce qui serait peut-être à désirer, ce serait qu'on possédât une analyse comparative exacte, soit des divers produits cancéreux, soit des tubercules, soit des divers éléments du sang (7).

État des organes autour des productions cancéreuses. L'état des organes à l'entour des masses cancéreuses varie. La présence d'un kyste autour d'elles, qui leur sert de moyen d'isolement, permet souvent aux tissus environnants d'être parfaitement sains; d'autres fois ceux-ci présentent des traces d'inflammation fort évidentes, et, dans d'autres cas encore, ils offrent des altérations mixtes dont l'apparence moyenne entre l'état cancéreux et celui des tissus enflammés, laisse des doutes dans l'esprit sur

la véritable nature de l'engorgement qu'on a sous les yeux. La même incertitude a lieu pour des altérations de nutrition ou de sécrétions qui se rencontrent dans des organes autres que celui où le cancer a son siége. C'est ainsi que, dans un cas de cette nature, le poumon, grisâtre, engorgé, assez consistant, semblait présenter un état moyen entre certaines formes de l'hépatisation et certaines apparences du squirrhe.

En terminant ces généralités sur le cancer, avouons, avec M. Bouillaud, qu'on peut dire, sans crainte de se tromper, « que cette maladie est l'une de celles dont l'histoire réclame le plus impérieusement de nouvelles recherches. » (9)

Etudier la part que l'inflammation peut avoir dans les cancers de chaque organe, serait ici une tâche inexécutable. Il me semble convenable de s'occuper seulement, de l'influence des phlegmasies dans les cancers de l'utérus, et de réunir aussi toutes les espèces de cancers sous une dénomination commune. Ce qui sera vrai de ces maladies, le sera bien probablement des affections du même genre, aussi développées primitivement dans d'autres organes.

Les maladies franchement inflammatoires qui peuvent être accusées de produire le cancer utérin, que je choisis comme exemple, parce que je l'ai plus étudié, parce qu'il est souvent accessible aux sens, et parce que la matrice enflammée donne souvent lieu à des symptômes tranchés, sont : la métrite, la leucorrhée aiguë, les ulcérations du col récentes et de diverse nature, et les péritonites de la portion de la membrane séreuse qui recouvre l'utérus : ces différentes lésions seront, pour abréger, confondues dans un seul paragraphe.

PREMIÈRE QUESTION.

La métrite aiguë, la leucorrhée aiguë, les ulcérations non cancéreuses et inflammatoires du col, la péritonite utérine, peuvent-elles produire le cancer utérin?

A l'appui d'une solution affirmative de cette question, voici ce que l'on peut dire ou ce que l'on a dit: plusieurs causes physiques ont souvent agi sur le col, le corps de l'utérus, et cela chez les sujets dont ces organes ont été atteints de cancer; c'est ce que MM. Cayol, Récamier (10), Bayle neveu (11), etc., disent avoir souvent lieu pour les cancers en général. L'invasion a été souvent marquée alors par des symptômes de maladies fort aiguës, et remonte à des violences exercées pendant l'accouchement, ou à des circonstances semblables: fréquemment une leucorrhée abondante, une métrorrhagie qui ont forcé la femme à garder le lit, ont signalé le début de la maladie cancéreuse. Le col, le corps de la matrice s'enflamment souvent à la suite de l'accouchement, la convalescence paraît s'établir; mais, que de fois ne peut-il pas rester de petites collections de pus ou de sérosité plastique qui, modifiées plus tard dans le tissu utérin, peuvent présenter des dégénérations variées. La matrice est un centre habituel de fluxion, et si cette fluxion n'a pas, dans quelques cas, une solution complète par une hémorrhagie périodique suffisante, ces congestions causent des inflammations susceptibles de donner lieu au cancer. De là, les maladies cancéreuses fréquentes vers l'utérus, à l'âge de retour. D'ailleurs l'aspect squirrheux de l'utérus malade est jusqu'à un certain point analogue à la couenne du sang (12) qui peut aussi être déposée dans l'utérus ou entre ses membranes. Cette couenne organisable peut être le noyau des productions cancéreuses. Abernethy, Burns et Himly (13); MM. Broussais, Ferrus et Breschet ont établi,

d'après une théorie dont les éléments remontent à Hunter et au-delà (14), que les tumeurs squirrheuses consistaient primitivement dans le dépôt d'une lymphe plastique et dans les modifications organiques survenues dans les parties affectées. L'induration n'est-elle pas une des terminaisons ou du moins une des modifications survenues à la suite de l'inflammation des tissus (M. Chomel) (15)?

On a vu des phlegmasies passer à l'état squirrheux (16), et le col utérin, d'abord ulcéré d'une manière inflammatoire, devenir plus tard cancéreux. Dans un cas de panaris très violent et de cause externe, qui datait d'un mois, dans lequel les articulations avaient été ouvertes et où il avait fallu avoir recours à l'extirpation de l'indicateur, le tissu cellulaire induré avait l'aspect squirrheux le plus prononcé.

Le cancer est d'abord local, telle était la pensée de Peyrilhe (17) adoptée par M. Récamier (18), si la maladie s'étend pour le cancer utérin aux ganglions lymphatiques lombaires, et pour tous les organes aux ganglions lymphatiques où se rendent leurs vaisseaux (19), ce sont là des effets semblables à ceux que produisent les inflammations ou les affections aiguës (MM. Petit, Serres et Broussais); et d'abord la maladie est tellement locale, que M. Récamier a pu la guérir, dans plusieurs cas, par la compression et la cautérisation, M. Lisfranc par l'ablation, etc.; bien plus, c'est que la destruction de la maladie locale remédie aux cancers consécutifs, ou du moins les pallie d'une manière remarquable (18).

Des objections nombreuses et puissantes ont été faites à cette théorie du cancer.

1° On voit des cancers se développer sans qu'on puisse remonter à des causes externes ou internes. M. Bayle, neveu, cite plus de trente cas de cancers du cerveau, du foie, du cœur, dont il a trouvé l'histoire dans les manus-

crits de son oncle, et il rappelle que MM. Andral et Velpeau ont vu des faits du même genre (11). Il n'est pas de chirurgien qui n'ait fait la même observation, et l'autorité imposante de M. Boyer (20) appuie cette opinion, que partagent encore Thomson (21), Samuel Cooper (22), etc. 2° L'invasion du cancer est souvent fort obscure, et on cite des cas où lorsque les premiers symptômes s'annonçaient, il y avait déjà du côté de l'utérus des lésions fort graves. 3° Il est fort rare de voir des phlegmasies franches passer à l'état cancéreux, et les congestions sanguines ne précèdent pas ordinairement les squirrhes ou les encéphaloïdes. 4° Les analogies avec la couenne du sang, et la théorie du cancer suite de l'inflammation, sont plutôt des aperçus ingénieux que des vérités d'observation. 5° L'induration qui suit le cancer a des caractères anatomiques différents de ceux des indurations par suite d'inflammations (23). 6° Le développement du cancer sans causes physiques, ses rechutes après l'opération, etc., prouvent que son développement local est l'effet et non la cause d'un état général. Le cancer est si peu une maladie locale, soit dans l'utérus, soit au sein, qu'il reparaît, ainsi que l'a observé M. Boyer, d'une manière presque constante après l'opération, et à tel point que cet habile chirurgien, dont l'immense pratique fait en quelque sorte loi, s'est demandé si les tumeurs soupçonnées cancéreuses, qu'on extirpe et qui ne se reproduisent pas, sont véritablement des cancers? Houppeville et Alexandre Monro (24) avaient obtenu des résultats si peu avantageux de cette opération, qu'ils avaient fini par y renoncer presque entièrement. D'ailleurs, ajoute-t-on, 7° les cancers sont de structure variée, et il est difficile qu'une cause unique produise des effets si différents, et il est tout aussi conforme aux lois de la physiologie d'expliquer leur formation par des anomalies de nutrition et de sécrétion que par une inflammation qui, pour être

reconnue telle, devrait présenter au moins ses caractères les plus saillants. 8° Si le cancer était la suite des phlegmasies, comment se ferait-il qu'il y ait tant d'inflammations qui ne se terminent pas par des cancers. 9° D'ailleurs, quel que soit le tissu qu'affecte le squirrhe ou l'encéphaloïde, ces productions s'y manifestent avec les mêmes apparences et convertissent des organes très différents en des produits organiques toujours identiques. Or, ce n'est point ainsi que se comporte l'inflammation (23). 10° Le sang contient, dans certains cas, des produits cancéreux, et M. Velpeau a montré à l'Académie une masse d'encéphaloïde qui semblait avoir pris naissance au milieu d'un caillot de sang (25). 11° D'ailleurs, le cancer est héréditaire; il se manifeste sur-tout à de certaines périodes de la vie et très rarement à d'autres âges; il affecte de préférence certaines constitutions : il tient donc à une cause générale, à un vice intérieur, à une diathèse enfin, et celle-ci est la cause inconnue du cancer (26).

Tels sont, je crois, les principaux arguments qu'on a fait valoir contre la théorie inflammatoire du cancer; mais ils sont à leur tour susceptibles de réfutation. 1° Dans une foule de cas où l'invasion première est douteuse, la malade, pour le cancer utérin principalement, n'avoue pas avoir souffert de l'utérus, et s'être exposée à l'action réitérée de causes physiques qui ont pu entretenir la maladie. Le spéculum montre souvent des ulcérations inflammatoires ou syphilitiques du col très curables et non susceptibles de récidives, bien qu'un petit nombre de symptômes ait annoncé la souffrance utérine. Croit-on, d'un autre côté, que les femmes se rappellent très bien, dans tous les cas, des douleurs et des accidents inflammatoires qui ont pu accompagner la première formation d'engorgements

dans le sein, et s'apercevoir, dès le principe, de l'existence du premier noyau cancéreux au milieu de la masse volumineuse des mamelles? Ont-elles toujours parlé des excitations du mamelon, de la compression inégale du sein, des petits accidents qui peuvent avoir eu lieu lorsqu'elles nourrissaient? La question n'est pas de savoir si la vaste tumeur qu'on observe est le résultat d'une inflammation vaste, il s'agit de déterminer si le point de départ de la vaste tumeur, quel que petit qu'il ait été, a été ou non la conséquence d'une inflammation aiguë, il est vrai, mais bornée à un petit espace. Or, c'est sur ce point qu'il est difficile de remonter à des antécédents exacts. 2° Cela explique, de reste, pourquoi l'invasion du cancer est quelquefois fort obscure. 3° La terminaison de l'inflammation par induration dans certaines glandes n'est pas rare, témoins les engorgements du testicule, terminés assez fréquemment par une induration de l'épydidime, susceptible de passer à l'état cancéreux; il en est de même de l'inflammation de certaines membranes, car le phymosis congénital, suivant M. Roux, est souvent suivi du cancer. 4° Repousser les analogies évidentes, ce serait vouloir se priver de lumières propres à débrouiller des questions obscures. 5° Jusqu'à présent, ce qu'on a écrit pour distinguer les indurations inflammatoires des autres, n'est pas satisfaisant, et n'est pas plus applicable à tous les cas pratiques, qu'à tous les cas anatomiques. 6° Il faut distinguer le premier développement du cancer de ce qui se passe après sa production première. On peut croire que le cancer est d'abord local et produit par une phlegmasie, et admettre qu'ensuite ses molécules résorbées se transportent ailleurs, ou qu'une similitude d'affection dans un lieu entraîne une similitude d'affection ailleurs.

C'est ce qui arrive pour des inflammations franches, pour le rhumatisme, et pour les inflammations des membranes muqueuses. 7° Le sang artériel qui arrive vers tous les organes, paraît être, quoique on en ait dit, à peu près partout identique, et cependant il donne lieu à tous les produits des sécrétions et de la nutrition; les fausses membranes pleurétiques, extraites de la sérosité du sang, ont ultérieurement les aspects les plus divers; pourquoi donc les produits de l'inflammation, soumis à l'action de causes et de circonstances d'organisation très variées, ne pourraient-ils pas aussi être eux-mêmes très variables? 8° De ce que toutes les inflammations ne se terminent pas par des cancers, il n'en résulte certainement pas que l'inflammation ne puisse produire un cancer. 9° L'inflammation, quoique on en ait dit, presque partout où elle est franche, dans le foie lui-même, produit un fluide identique, ou à peu près identique, le pus. Pourquoi donc les produits de cette inflammation ne revêtiraient-ils pas aussi les mêmes formes, parce que ces produits auraient long-temps séjourné dans les organes? D'ailleurs ces formes sont loin d'être toujours précisément les mêmes dans tous les organes. 10° Ce qu'on a pris pour du cancer dans le sang, était de la fibrine coagulée. Il y a peu de jours encore, que j'ai trouvé dans le cœur et l'aorte d'une femme non cancérée, mais chez laquelle l'agonie avait été très lente, un caillot fibrineux très long, très épais, très dur, fort analogue à du tissu squirrheux, et dont l'extrémité libre était surmontée par des végétations d'apparence carcinomateuse; celles-ci étaient dans l'aorte, elles nageaient dans le sang, et le caillot non adhérent criait sous le scalpel lorsqu'on venait à l'inciser. 11° On a dit que le cancer était héréditaire; mais c'était moins de le dire

qu'il s'agissait que de le prouver. Bayle et M. Cayol ont cité les faits suivants : sur une famille de cinq personnes, il y en avait trois cancérées; une mère, portant un carcinôme de la face, eut un fils qui mourut d'un cancer de l'estomac; trois sœurs furent atteintes de squirrhes ou d'encéphaloïdes; une mère cancéreuse donna le jour à une fille, qui fut atteinte de la même maladie (26). On a cité encore le cas de Napoléon, dont le père était mort, comme lui, d'un carcinôme de l'estomac (27). M. Récamier admet l'hérédité du cancer (28); cependant les faits qu'il publie sont bien loin de militer en faveur de cette opinion (29). Sur les 97 cas mentionnés dans son remarquable travail, il y en a 88 dans lesquels les parents n'avaient pas de maladies cancéreuses, ou du moins où l'on ne parle pas de cette circonstance; or, on aurait probablement noté celle-ci si elle eût existé, car on a mentionné des circonstances d'hérédité bien moins importantes, telles que des migraines, des sciatiques, des tubercules, dont les parents avaient été atteints. Des 9 autres cas, il y en a trois où des sœurs étaient cancérées, les parents étant sains, ce qui ne dit rien pour la question de l'hérédité; car il est facile de concevoir que des causes d'habitation, de régime, etc., agissant sur plusieurs personnes à la fois, peuvent, *indépendamment de l'hérédité*, produire les mêmes effets. (Obs. 14e, 47e des maladies du sein; 8e, des maladies autres que celles du sein.) Dans un autre cas de cancer, il y avait eu chez la mère, et *à la suite d'une couche*, une maladie du sein présumée cancéreuse; mais cette maladie, évidemment d'origine inflammatoire, ne peut guère être comptée parmi les affections influant sur l'hérédité (Obs. 6e des maladies du sein); dans une autre encore (Obs. 10e des maladies autres que celles du sein),

la mère d'une personne cancérée est morte à 70 ans. Or, la maladie qui a causé la mort à cet âge avancé, n'a pas pu influer sur celle des enfans qui sont nés un si grand nombre d'années auparavant. Il reste donc 4 cas de cancers des parents, sur 97 cas de cancers des enfants; ce qui fait à peu près un vingt-cinquième. Or, sur 25 personnes très saines, il y a peut-être un plus grand nombre d'enfants atteints du cancer. Ainsi, rien ici ne constate l'influence de l'hérédité sur le développement du cancer; et les faits mentionnés par M. Cayol (26) ne sont pas, comme il l'avoue lui-même, assez nombreux pour résoudre la question. Ces faits peuvent avoir été le résultat de simples coïncidences, et nullement de l'influence de l'hérédité. 12° Il est de fait que le cancer se manifeste plus souvent chez la femme que chez l'homme (30), mais il s'y déclare dans des organes que l'homme n'a pas, ou n'a qu'à l'état rudimentaire; et cela prouve tout au plus que ces organes sont, plus que les autres, sujets au cancer. 13° C'est, il est vrai, passé l'âge de 40 ans, que le cancer est plus fréquent (30), mais on en observe à des âges bien moins avancés; et il est remarquable, encore une fois, que c'est à l'époque où les hémorrhagies ne terminent plus les congestions qui peuvent se faire vers les ovaires, l'utérus ou les glandes mammaires, que le cancer devient plus commun. 14° On l'observe chez les hommes des constitutions les plus différentes entre elles; et quand il n'en serait pas ainsi, cela prouverait tout au plus que la constitution d'un sujet est une cause occasionelle, mais non déterminante du cancer.

Il me semble résulter de cette discussion que les inflammations primitivement aiguës de l'utérus et de ses annexes peuvent, lorsqu'elles persistent, produire le

cancer ; mais qu'elle ne prouve pas que d'autres causes ne peuvent pas aussi le produire.

DEUXIÈME QUESTION.

Des causes autres que des inflammations franches et aiguës de la matrice et de ses annexes, peuvent-elles produire le cancer de ces parties? Applications générales aux autres cancers.

La plupart des raisonnements établis à l'occasion de la même question appliquée à la formation des tubercules se reproduisant ici, il suffit de renvoyer au paragraphe où ils sont établis.

Remarquons, toutefois, que la fibrine du sang coagulée dans la métrorrhagie, que les caillots déposés après l'accouchement, soit dans la cavité, soit dans les aréoles ou dans les vaisseaux de son tissu, ou encore entre la membrane séreuse et le corps de l'utérus, peuvent s'organiser, s'altérer, se métamorphoser, prendre des aspects tout nouveaux, sans déterminer pour cela des inflammations franches dans les tissus qui les entourent; que dans l'état normal la matrice est susceptible de grandes variations de nutrition; que les glandes mammaires sont dans le même cas, et qu'il ne serait pas surprenant que, pathologiquement, des variations de nutrition encore plus grandes puissent survenir. Remarquons encore que vers l'âge de retour, cette nutrition éprouve dans ces mêmes parties de grandes anomalies; que des stimulations légères, qui ne seraient pas assez graves pour produire l'inflammation aiguë, le sont assez pour entretenir une fluxion vers ces organes, et peuvent occasioner des troubles dans la nutrition et la sécrétion ; que les mucosités (si elles méritent ce nom) qu'on trouve presque toujours teintes de sang chez les vieilles femmes, peuvent s'épaissir, être

altérées, modifier le tissu qui les entoure et être cause du développement premier du cancer; qu'enfin, il se passerait ici pour les maladies de l'utérus des phénomènes analogues à ceux qui paraissent avoir lieu dans la première formation des tubercules pulmonaires (page 33); par ces causes réunies et probablement par plusieurs autres, on expliquerait les cas où le cancer se développe dans l'utérus et ses annexes sans traces évidentes d'inflammation; on se rendrait compte de ces cas dans lesquels on trouve déjà un immense désordre, lorsque quelques faibles symptômes viennent seulement à paraître. Tout ceci s'expliquerait sans l'admission de ce qu'on appelle une diathèse, état obscur sur lequel il reste à parler pour terminer ce que je me propose de dire sur le cancer.

Pour expliquer le développement latent du cancer, sa reproduction après l'extirpation, soit dans l'organe même où il avait d'abord son siége, soit ailleurs, on a invoqué l'influence d'une *cause cachée,* d'un *vice* particulier, d'*un inconnu* (31), d'une prédisposition funeste (32), sorte de levain terrible, qui n'attendait pour éclore que la moindre circonstance, et dont l'activité était telle, que, dans certains cas, *sans aucune cause accidentelle,* il pouvait déterminer *la première invasion* du cancer (31). *Cette diathèse,* contre laquelle l'art ne connaît pas de médication, *peut durer toute la vie sans se manifester par aucun signe extérieur* (32). Elle n'agit pas également sur les diverses parties du corps chez divers individus. Si des causes physiques produisent le cancer, c'est seulement lorsque la prédisposition existait. Si l'inflammation a paru précéder l'invasion, elle a seulement favorisé celle-ci; mais la cause cachée n'en existait pas moins. *Jamais le cancer,* quelque petit qu'il soit, *n'est une maladie locale*; il tient *toujours* à un état général, et cet état général est la diathèse. A cette dia-

thèse succède la cachexie (32'); c'est lorsque l'économie modifiée, soit par la résorption, soit par les pertes de sang, soit de toute autre manière, ressent les terribles effets de cette prédisposition mise en action. Alors se reproduit le cancer dans plusieurs organes; alors les fonctions languissent et la mort survient. Si on enlève le cancer à temps, la diathèse reste, mais la cachexie n'a pas lieu; il peut y avoir une sorte de trève entre la disposition cancéreuse et l'organisme. *Vingt ans* peuvent s'écouler (33) sans que rien annonce le danger; mais c'est un feu qui couve sous la cendre, et les moindres circonstances, la moindre étincelle, suffisent pour rallumer l'incendie. Jamais la diathèse ne se guérit; il faut bien enlever des cancers, parce qu'on peut vivre long-temps sans en avoir; mais, bien qu'il soit possible, débarrassé qu'on est de la lésion locale, d'arriver à un âge avancé, la terrible cause inconnue est toujours là, pressante, imminente, terrible, et menaçant à chaque instant de douleurs, de destructions et de la mort. Voilà, si je ne me trompe, la théorie de la diathèse, telle que la conçoivent les auteurs, et telle que l'ont adoptée Bayle, Cayol, J. Franck (34), Delpech (35), etc.

M. Récamier est loin de partager toutes ces idées: suivant lui l'affection cancéreuse est «d'abord locale et guérit par des moyens locaux (10). Il y a bien une susceptibilité générale de l'organisme et locale de l'organe affecté; mais ce n'est pas là un vice général. Il n'est personne chez qui la moindre contusion des glandes mammaires ou des testicules ne puisse occasioner le développement de l'affection cancéreuse de ces parties.» Mais il ajoute cependant que, sans aucune violence imminente, sans aucune cause occasionelle, la susceptibilité cancéreuse peut être suivie de cancer (36).

Reconnaître une diathèse cancéreuse qui ne se mani-

feste par aucun signe extérieur, et inconnue dans son essence, est une conception purement hypothétique (37). Dire qu'un cancer qui ne se reproduit que 20 ans après, n'est pas guéri lorsque les apparences d'une santé parfaite ont existé dans l'intervalle, est une singulière manière de considérer les faits : ainsi, de ce qu'un homme aura une pneumonie dix ans après une première pneumonie, il en résultera que la *diathèse pneumonique* a toujours existé, et que la maladie n'a pas été guérie! Admettre un effet de dispositions sans admettre de causes qui les mettent en jeu, est vraiment peu logique (37). Si le cancer se reproduit après l'extirpation, c'est qu'on n'a pas tout enlevé, ou qu'il y a eu résorption de la matière cancéreuse et dépôt ailleurs ; ou que des causes du même genre venant à agir encore sur le même individu placé dans les mêmes circonstances, un même effet a été produit. Tous ces faits s'expliquent par les influences organiques : sans doute certaines formes d'organisations (38) en rapport avec les âges, les constitutions, etc., peuvent bien favoriser le développement du cancer, et il en est ainsi pour la plupart des affections morbides. On voit des maladies, qui sont fort loin d'être rangées parmi les affections *diathésiques*, se reproduire aussi après une première disparition ; exemple : les hémorrhagies cérébrales, les hémorrhagies en général, etc. Pourquoi donc admettre une diathèse pour le cancer ? à quoi d'ailleurs cette admission servirait-elle ? avancerait-elle le traitement? mais on ne connaît pas de moyens pour la guérir ; serait-ce parce quelle empêcherait de pratiquer une opération inutile ? mais on convient qu'il faut opérer Donne-t-on des preuves positives ? aucunes ; car, comment prouver l'existence d'un inconnu. Trouve-t-on même que l'hé-

rédité soit pour quelque chose dans la maladie ? mais les calculs tendent à prouver que cette hérédité n'a que peu ou n'a point d'influence ? (page 48). L'innéité existe-t-elle ? mais soi-même on la révoque en doute (39). La contagion prouve-t-elle quelque chose en faveur de la diathèse, ou d'un vice, ou d'un virus ? mais à moins qu'on ne préfère s'en rapporter plutôt aux historiettes de Zacutus Lusitanus, de Tulpius, ou au seul fait de Peyrilhe (40), qu'aux expériences de M. Dupuytren sur des animaux, de M. Alibert qui s'est inoculé la matière cancéreuse, et de M. Biett, ainsi que de leurs élèves, (41) on admettra que cette contagion n'existe pas. Abandonnons donc une hypothèse gratuite qui n'avance point la science, qui ne donne la solution de rien, et qui ne fait que rendre plus obscur un sujet par lui-même si obscur.

Il n'en est pas ainsi de la cachexie : l'influence du cancer crû, et sur-tout ramolli, sur la constitution, sa reproduction dans divers organes, sont des faits évidents ; mais il n'est pas besoin de supposer une prédisposition pour les expliquer, et les considérations qui ont été établies dans divers points de ce travail suffisent pour s'en rendre raison ; si, ce n'est d'une manière complète, au moins beaucoup mieux que par la supposition de l'existence de la diathèse cancéreuse.

TROISIÈME QUESTION.

L'inflammation peut-elle favoriser le développement du cancer, quelle que soit la cause de celui-ci ?

La réponse qui a été faite à la même question relativement aux tubercules, est entièrement applicable au cancer (voyez page 429).

Certaines dispositions générales ou locales de l'organisme favorisent son développement.

De la combinaison de ces différentes causes peut résulter le développement du cancer.

Il résulte de tout ceci : que des causes autres que des maladies franchement inflammatoires à leur origine, peuvent produire le cancer utérin en particulier, et le cancer en général ; que certaines circonstances d'organisation peuvent favoriser cette production ; mais que la diathèse, ainsi qu'on l'entend communément, ne suffirait pas pour produire le cancer.

Conclusions de la partie de la question qui a trait au cancer.

L'inflammation franche et aiguë à l'origine peut, lorsqu'elle persiste, produire le cancer.

D'autres circonstances d'organisation peuvent aussi lui donner naissance.

CHAPITRE TROISIÈME.

MALADIES ORGANIQUES DU COEUR.

Une foule de lésions différentes ont été réunies sous cette dénomination. Il serait impossible de passer ici en revue l'influence que l'inflammation peut avoir dans la production de chacune d'elles. La conservation des ouvertures que le cœur du fœtus présente, les rétrécissements congénitaux, les altérations de forme, de volume, de position, etc., qui existent avant la naissance, ont une origine si obscure et qui paraît si éloignée d'être sous

l'influeuce d'une inflammation franche, qu'il est convenable d'en faire ici abstraction. Poursuivant toujours le même principe d'exclusion, et pour choisir quelques exemples des maladies du cœur, afin d'éclairer la question qui est relative aux maladies organiques dont il est atteint, je me bornerai à passer en revue l'influence que l'état inflammatoire peut avoir sur les végétations qu'on observe à la surface des valvules, et sur les hypertrophies avec dilatation du ventricule gauche du cœur.

Végétations existantes sur les valvules ou aux orifices du cœur. Leur surface est souvent mamelonnée, inégale, raboteuse. On les a comparées aux végétations vénériennes (Corvisart, Mérat); du reste, leur forme, leur consistance, leur coloration, la largeur de leur point d'insertion aux valvules ou au tissu du cœur, varient. Leur texture est fibrineuse, et souvent elles contiennent des noyaux osseux ou plutôt des concrétions. D'autres fois, elles présentent l'aspect de petites boules sphéroïdes, de la grosseur d'un pois à celle d'un œuf de pigeon. Elles sont quelquefois enkystées, pédiculées, et contiennent des fluides variés. Ces corps globuleux ne se rencontrent guère, suivant Laënnec, que dans les sinus des oreillettes. D'autres concrétions, variables aussi en grosseur et en forme, adhérentes ou non aux colonnes charnues ou aux orifices, quelquefois libres, très analogues à la fibrine du sang coagulée, présentant des teintes variées (1), offrant des caillots de sang dans leur intérieur, ou sur quelque partie de leur étendue, se rencontrent fréquemment aussi dans le cœur. Toutes ces productions sont plus ou moins organisées, et on y a injecté des vaisseaux.

Hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche du cœur (anévrysme actif de Corvisart). C'est de toutes les variations de volume du cœur la plus fréquente. La ca-

vité de cet organe est alors augmentée, et le tissu qui la circonscrit est épaissi. On a vu cette épaisseur, tantôt générale, tantôt partielle, être augmentée du double et plus, de l'état normal. (Corvisart, Laënnec, Rostan, Bouillaud, Andral, etc.). Les fibres du cœur sont, dans ces cas, souvent plus dures, d'autres fois plus molles, et quelquefois conservent leur consistance normale. Leur coloration varie du pâle au très rouge, et presque au violet. Il faut se rappeler que le genre de mort influe sur le volume apparent du cœur (2), et sur le degré de consistance de cet organe. Avec l'hypertrophie coïncide souvent l'existence de plaques blanches sur le péricarde, des rougeurs sur sa membrane interne, des plaques osseuses, des rétrécissements artériels et des végétations ou des coarctations à l'entour des orifices.

Etat des autres organes dans les maladies organiques du cœur précédentes. Le plus souvent le poumon est gorgé de sang et atteint à des degrés divers de pneumonie hypostatique (3), d'asphyxie par l'écume bronchique (4); souvent son tissu est hépatisé, quelquefois tuberculeux. Les bronches sont fréquemment rouges, les vésicules remplies de mucosités claires, blanchâtres ou rougeâtres; la plèvre, le péricarde contiennent souvent de la sérosité, des fausses membranes ou d'autres produits accidentels, ou présentent de l'épaississement, de la rougeur, et une injection des vaisseaux sous-séreux. Le foie est le plus ordinairement volumineux dans tous les sens, et des congestions sanguines sont observées dans le tube digestif, sur-tout vers sa partie déclive. L'aorte et les gros vaisseaux présentent fréquemment, mais non pas toujours, même chez les vieillards, des concrétions, des coarctations, une étroitesse congénitale (Corvisart); dans des cas fort rares, des productions cancéreuses (5) ou tuber-

culeuses, bien souvent des dilatations anévrymastiques remplies de caillots fibrineux, etc.

Circonscription de la question. Beaucoup d'inflammations peuvent avoir une part plus ou moins grande dans les maladies du cœur : ce sont toutes celles qui occupent des organes dont l'altération de fonction, si elle persiste, peut troubler gravement la circulation et la respiration. Il suffira de citer quelques-unes de celles-ci. Ce sont, par exemple : l'entérite, la péritonite suivies de dégagements de gaz ou d'accumulation de liquides dans la cavité abdominale; l'hépatite avec hypertrophie gênant le retour du sang veineux vers le cœur; les inflammations des centres nerveux, suivies de productions anormales, et influant sur les nerfs qui se distribuent au cœur (Serres); les lésions qui enflamment ou irritent ou compriment le nerf diaphragmatique ou la huitième paire; les maladies inflammatoires quelles qu'elles soient qui entretiennent une fièvre vive et continue; la péripneumonie, la pleurésie, la bronchite, d'abord aigües, puis passées à l'état chronique et gênant la respiration, et par suite la circulation, etc.

Il est évident qu'on ne peut agiter les questions qui se rapportent à des cas si nombreux. Les seules qui seront ici discutées, seront celles qui ont trait à l'influence que l'inflammation du cœur ou de ses membranes, peut avoir sur le développement des végétations et de la dilatation avec hypertrophie du ventricule gauche du cœur.

PREMIÈRE QUESTION.

L'inflammation aiguë de la membrane interne du cœur et des gros vaisseaux, est-elle la cause, l'agent producteur des végétations qu'on observe sur les valvules ?

Voici les principaux arguments sur lesquels cette opi-

nion peut être appuyée (Kreysig, Burns, MM. Bouillaud, Andral (1), etc.) La membrane interne de l'aorte et du cœur est souvent rouge (6), ramollie, épaissie, quelquefois couverte d'une couche plastique; elle est donc, comme presque toutes les parties vivantes, sujette à l'inflammation; et on ne voit pas pourquoi il en serait autrement. Des fausses membranes absolument analogues à celles de la plèvre, se rencontrent souvent dans les gros vaisseaux; elles sont quelquefois adhérentes au cœur et aux valvules : sur le point de contact, la membrane interne du cœur est enflammée (7), et quelquefois ulcérée à l'entour (1) ; ces productions s'organisant plus tard, on y a suivi des vaisseaux, et l'organisation évidente qu'elles présentent, prouve visiblement qu'une augmentation de vitalité a présidé à leur formation.

A ces faits on a répondu, et c'est sur-tout Laënnec qui s'est apesanti sur ces objections : que les rougeurs des vaisseaux ne sont pas une preuve de leur inflammation; que dans plusieurs expériences il est parvenu, en y faisant séjourner le sang, à teindre fortement en rouge la surface interne de l'aorte (j'ai moi-même répété cette expérience). Ces rougeurs sont de différentes teintes; les unes ont lieu dans les fièvres graves, et ne sont que des effets de celles-ci et non pas des causes, et les autres sont purement cadavériques. Pour admettre l'inflammation, il faudrait que l'épaississement vînt s'y joindre: la fibrine coagulée qu'on trouve dans le cœur peut être due à ce que le sang a une plus grande tendance à se coaguler que dans l'état normal (8); elle peut être le résultat d'un phénomène d'agonie; on la trouve, dans tous les cadavres; ces coagulations fibrineuses coexistent : souvent avec un aspect très naturel des surfaces interne

des vaisseaux ; si elles sont analogues à celles de la plèvre, c'est qu'elles sont, comme celles-ci, formées aux dépens de la sérosité du sang ; si elles ont des vaisseaux, c'est que la sérosité coagulée est vivante et s'organise ; tout cela ne prouve pas qu'il y ait eu inflammation. Si elles sont adhérentes au cœur, c'est parce qu'il est de l'essence des coagulations fibrineuses de s'unir ainsi avec les tissus vivans qu'elles touchent ; c'est ici le même phénomène que celui qui se passe dans les grossesses extrà-utérines, dans la réunion des plaies par première intention, etc. Si le vaisseau sur le point de contact est rouge, cette rougeur est consécutive à l'irritation que produit la substance coagulée, et n'est pas la cause de la formation de celle-ci. Or, les végétations des valvules du cœur, présentent pour première origine ces concrétions fibrineuses. Laënnec les a suivies dans leur développement ; il les a d'abord vues libres, ce n'est que plus tard qu'elles deviennent adhérentes : il voit dans les végétations polypeuses, globuleuses et verruqueuses, des périodes successives d'organisations plus complexes. Ce n'est pas la membrane qui végète. Il ne s'agit point ici, comme on le voulait pour les productions imitant les poireaux vénériens, de cause syphilitique, pas plus que de cause inflammatoire, et tout ce qui se passe dans cette circonstance est l'effet de la coagulation du sang et de la vitalité de ce fluide.

A ces objections peuvent en être opposées d'autres : il est vrai que des coagulations du sang peuvent se former lors de l'agonie, et peut-être aussi dans plusieurs états morbides moins graves, et être ainsi la source de végétations dans le cœur ; mais il n'en est pas moins certain que l'inflammation d'un vaisseau y produit la formation d'une couche plastique, et que quelquefois le lendemain d'une saignée on trouve un caillot considérable dans la veine.

Chez une femme de la Salpêtrière, atteinte d'une affection du cœur, trente heures après une saignée et en enlevant le bandage, il sortit par la plaie non encore cicatrisée, une masse de fibrine de plus de six pouces de long. Elle adhérait visiblement au caillot qui bouchait l'ouverture de la veine, dont la surface interne était rouge et épaissie. A la nécropsie qui eut lieu deux jours plus tard, il y avait encore des débris de pseudo-membranes adhérentes aux lèvres de la plaie de la veine. Hogdson, Burns, M. Bouillaud, Laënnec lui-même, ont vu des cas où des pseudo-membranes, évidemment inflammatoires, étaient étendues, soit à la surface interne de l'aorte, soit sur celle des oreillettes, ou sur celle des valvules. N'est-ce pas par le dépôt et par l'organisation d'une lymphe plastique que les parois de vaisseaux en contact s'oblitèrent ? Sur le plus grand nombre des animaux que j'ai vu périr d'hémorrhagie ou d'asphyxie, il n'y avait pas de concrétion fibrineuse dans le cœur ; cependant l'agonie avait été quelquefois très longue. La théorie de Laënnec est ingénieuse, mais elle n'est pas démontrée anatomiquement; et il est difficile de croire que les végétations verruqueuses puissent avoir toujours été, dans leur principe, des concrétions fibrineuses.

Tout porte donc à croire que l'inflammation aiguë de la membrane interne du cœur peut déterminer, dans certains cas, la formation des végétations; mais cela ne dit pas qu'elle en soit la cause unique.

DEUXIÈME QUESTION.

Des causes autres que l'inflammation, peuvent-elles produire les végétations des valvules du cœur?

Toute cause qui suspendra ou gênera le cours du sang dans le cœur, pourra y favoriser la coagulation dusang;

ce liquide lui-même contient souvent de la sérosité plastique, et alors a une plus grande tendance à se coaguler. La dilatation du cœur datant d'une époque reculée, rendant le cours du sang moins rapide, sera une raison de plus pour que cette coagulation s'opère. Une syncope pendant laquelle le cœur suspendra momentanément son action, sera dans le même cas. Une gène considérable et momentanée dans la respiration, pourra déterminer un extrême ralentissement dans le cours du sang; et l'action d'une ou de plusieurs de ces causes réunies, sera susceptible de produire la première formation d'une couche fibrineuse dans le cœur. Ce qui arrive si souvent dans le sang extrait de ses vaisseaux, dans les artères liées ou comprimées, doit aussi avoir lieu dans le cœur; or, si ces coagulations peuvent ainsi s'opérer, puisqu'elles peuvent produire des végétations, la conséquence est celle-ci : c'est que les circonstances précédentes peuvent produire des végétations. De plus, il est possible que celles-ci se forment lentement, successivement, par une modification vitale de la partie où elles ont leur siége, sans qu'on puisse dire que celle-ci soit enflammée. La conclusion de ceci est évidente :

Des causes autres que l'inflammation, peuvent produire les végétations des valvules du cœur.

TROISIÈME QUESTION.

L'inflammation aiguë du tissu du cœur ou du péricarde, peut-elle, lorsqu'elle persiste, produire l'hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche du cœur ?

Sous l'influence de l'inflammation, les tissus se ramollissent ou perdent de leur consistance; ils se laissent alors plus facilement distendre par les agents physiques qui tendent à les dilater. D'un autre côté, l'inflammation

attire le sang vers les organes, elle peut augmenter le mouvement nutritif; celles du péricarde et de la membrane interne du cœur, sont sur-tout dans le cas de produire cet effet sur les fibres charnues elles-mêmes; de là, une hypertrophie. La coïncidence de ces deux circonstances peut produire l'inflammation. La pratique vient confirmer, dans certains cas, ces vues théoriques. M. Andral cite un cas où un homme qui n'avait jamais eu de symptômes du côté du cœur, eut ceux d'une péricardite; ceux-ci se dissipèrent, mais les signes d'une hypertrophie se déclarèrent, et on trouva cette maladie sur le cadavre (9). Le même auteur cite plusieurs autres faits analogues; on trouve dans l'ouvrage de M. Bouillaud plusieurs observations, dans lesquelles des phlegmasies aiguës des organes thoraciques ont signalé le début de maladies du cœur (10); Testa, J. Franck (11), ont plus ou moins admis ces idées sur le développement possible de l'hypertrophie à la suite de l'inflammation du cœur ou de ses membranes. D'ailleurs, les nécropsies ont fait souvent trouver chez les anévrysmatiques, des taches blanches sur le péricarde, quelquefois des adhérences, et il est difficile de ne pas rapporter celles-ci à des inflammations aiguës et anciennes du péricarde. De plus, la péricardite chronique a quelquefois coïncidé avec l'hypertrophie; et il est bien probable qu'avant d'être lente elle était aiguë, et qu'elle a pu avoir une part dans le développement anormal du cœur. Enfin, les végétations des valvules ont une influence évidente sur les hypertrophies de cet organe; d'un autre côté, elles peuvent être la suite d'inflammations : donc l'inflammation peut produire la dilatation avec hypertrophie.

Des objections peuvent être faites à ces opinions : c'est théoriquement que l'on admet l'influence de l'inflamma-

tion du péricarde, ou de sa membrane interne sur le tissu du cœur; ces inflammations sont si peu connues, que c'est expliquer, dans l'hypothèse précédente, un inconnu par un fait presque aussi inconnu. Les observations que l'on possède et qui militeraient en faveur de ces opinions, ne sont pas assez nombreuses; les taches blanches du péricarde pourraient bien n'être pas le résultat d'une inflammation franche. Quant aux adhérences ou à la péricardite chronique, elles peuvent être tout aussi bien consécutives que primitives à l'hypertrophie avec dilatation. Pour ce qui a trait, enfin, à l'influence des rétrécissements valvulaires, elle est indubitable; mais les raisonnements et les faits du paragraphe précédent peuvent ne pas paraître suffisants pour convaincre, dans tous les cas, de la cause inflammatoire de ces lésions.

En réponse à ces objections, on peut dire que, s'il est vrai qu'il s'agit ici de théories, celles-ci sont fondées sur assez de faits et appuyées sur assez d'analogies pour mériter quelque confiance; que si les signes des inflammations dont il s'agit sont obscurs, on est au moins certain qu'elles peuvent exister, et qu'il est probable qu'elles sont plus fréquentes qu'on ne l'admet; qu'aux faits mentionnés par les auteurs, il serait possible d'en ajouter beaucoup plus que ceux qui viennent d'être énumérés. Je pourrais, en mon particulier, en citer plusieurs autres que ceux qui sont connus. Et pour ne parler que des observations qui ont fourni le sujet des épreuves de ce concours, on peut rappeler l'histoire de cet homme sur lequel j'ai eu à faire une de mes leçons, et chez lequel les premiers symptômes d'une hypertrophie avec dilatation du cœur, remontaient à des accidents aigus, en rapport avec un coup violent qu'il avait reçu sur la région précordiale. On peut ajouter que les taches blan-

ches du péricarde ne peuvent guère être autre chose que les traces d'anciennes phlegmasies; et que les raisonnements du paragraphe relatif à l'influence de l'inflammation sur le développement des valvules, ont résolu la question qui leur est relative.

Il semble résulter de cette discussion, que l'hypertrophie du ventricule gauche avec dilatation, peut, dans certains cas, être produite par l'inflammation du cœur ou de ses membranes.

QUATRIÈME QUESTION.

Des causes autres que l'inflammation, peuvent-elles produire l'hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche du cœur.

La réponse affirmative me paraît être incontestable. 1° Des rétrécissements congénitaux dans les orifices du cœur ou des artères, sont souvent suivis d'hypertrophie. 2° Les végétations des orifices, dont la cause n'est pas toujours inflammatoire, sont dans le même cas. 3° L'étroitesse congénitale des artères, la compression des gros vaisseaux par des causes physiques, produisent les mêmes effets. 4° Quoiqu'il soit vrai de dire, avec M. Rayer, que les ossifications des vaisseaux peuvent, quelquefois, être le résultat de l'inflammation, elles sont plus fréquemment encore l'effet des progrès de l'âge (12); elles sont souvent les suites de simples modifications de nutrition : or, bien qu'elles ne soient pas des causes aussi fréquentes qu'on l'a dit des hypertrophies du cœur, cependant elles la produisent fréquemment : les hôpitaux de vieillards en donnent des preuves fréquentes. 5° L'emphysème du poumon suffit, dit-on, pour produire la maladie dont il s'agit. 6° Le grand volume du ventre est une cause très fréquente d'hypertrophie du cœur (13). 7° Il

en est ainsi de la ténuité et de la longueur des membres (14). 8° La pléthore habituelle est encore dans le même cas. 9° Un obstacle mécanique, quel qu'il soit, dans un des points de l'appareil circulatoire, pourra causer l'hypertrophie avec dilatation.

Ainsi, des causes très différentes de l'inflammation peuvent fréquemment causer l'hypertrophie avec dilatation du cœur.

CINQUIÈME QUESTION.

L'inflammation aiguë et franche peut-elle favoriser le développement des maladies organiques du cœur? Peut-elle entrer comme élément dans la production de celles-ci?

La réponse sera encore la même que celle du même genre qui a été faite à l'occasion des tubercules. (p. 35.)

L'application des considérations précédentes peut être faite aux autres maladies organiques du cœur.

Conclusions de la partie de la question qui a trait aux maladies organiques du cœur.

L'inflammation aiguë à l'origine, peut, lorsqu'elle persiste, produire un grand nombre de maladies organiques du cœur.

D'autres causes peuvent présider à leur production.

Souvent ces causes sont combinées à des degrés divers avec l'inflammation, et de ces effets combinés peuvent résulter un grand nombre de maladies du cœur.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES DE LA PREMIÈRE PARTIE.

L'inflammation primitivement franche et aiguë peut produire, lorsqu'elle persiste, un grand nombre de maladies organiques.

D'autres causes peuvent présider à la production de celles-ci.

Souvent ces causes, variées et combinées à des degrés divers avec l'inflammation, se réunissent pour produire les maladies organiques.

Souvent la part de l'inflammation dans cette production est très grande.

Souvent elle est très faible.

D'autres fois elle est nulle.

DEUXIÈME PARTIE.

CLINIQUE.

Persuadé que c'est sur-tout par l'observation et par une marche sévère appuyée sur des faits pratiques, que les questions médicales doivent être traitées; ne trouvant point, dans les observations circonstanciées que je possédais, des détails assez précis sur le mode d'invasion des maladies dites organiques, pour qu'elles me missent à même de faire des relevés utiles, j'ai voulu profiter de quelques-uns des jours que le réglement m'accordait pour suppléer à ce qui me manquait. J'ai réfléchi que les hôpitaux de Paris contenaient un nombre considérable de phthisiques, de cancérés et d'anévrysmatiques; qu'il était possible de recueillir des observations sur plusieurs de ces malades; que des renseignements sur des antécédents recueillis avec soin dans un grand nombre de cas, pouvaient être utiles; que, pris sans passion, sans opinion préconçue, il était impossible, s'ils étaient en certain nombre, qu'ils ne conduisissent pas à quelques données au moins intéressantes. Dans tous les cas c'étaient des faits de plus, et la science en a besoin.

J'avais des élèves pleins de zèle et de dévouement à la science, familiarisés depuis plusieurs mois, dans le service de la chaire pour laquelle je concours, et dont la Faculté m'avait fait l'honneur de me confier l'interim, à prendre des observations; je faisais depuis long-temps tous mes fforts pour leur apprendre l'art si difficile d'interroger

les malades et de recueillir des faits. J'avais aussi cherché à leur inspirer cet amour du vrai et cet esprit d'indépendance sans lesquels il ne peut pas y avoir de science ; je pensai qu'en faisant moi-même des questions aux malheureux atteints d'affections organiques, en retournant ces questions sous toutes les faces, en faisant recueillir et écrire ensuite les faits par des élèves qui n'avaient aucun intérêt à embrasser plutôt une opinion qu'une autre, ce serait le moyen d'avoir des renseignements plus sûrs. D'ailleurs c'était en quelque sorte, dans un concours pour une chaire de clinique, remplir la tâche capitale qui sera imposée à celui qui méritera la place que je dispute à mes honorables compétiteurs. C'était en effet inspirer encore davantage aux élèves le goût des recherches, des observations positives ; leur faire partager de grands travaux ; leur donner la plus grande comme la plus utile des leçons de médecine clinique.

Par rapport à ces élèves, les résultats qui ont été obtenus ont dépassé mon espoir : il est impossible de mettre plus de zèle et de montrer plus de dévouement que les personnes qui, parmi les élèves de la clinique, se sont offertes pour me seconder dans ce rude travail, qui leur a causé, comme à moi, plus d'un embarras. C'est sans doute peu faire que de les remercier publiquement, mais je serais peu reconnaissant, si je ne mentionnais au moins le nom de ces Messieurs (1). Qu'il me soit permis aussi de rappeler la complaisance avec laquelle mon collègue et ami M. le docteur Martin Solon a bien voulu me communiquer les observations des malades de son service, qui pouvaient rentrer dans le cadre de ce travail.

---

(1) MM. Grand et Putégnat faisant les fonctions de chefs de clinique ; M. Gorré, interne de la Salpêtrière. MM. Comerès, Bidegaray, Baringou, Bougot, Dechambre, Durand, Girin, Mercier et Nelet.

Bien que les observations dont les relevés vont suivre, et qui, à cause de leur longueur, ne peuvent être données en détail, ont été recueillies en peu de temps, j'ose dire qu'elles n'ont point été prises à la hâte. Comme il n'y avait qu'un petit nombre d'objets à constater qui fussent relatifs à la solution de la question proposée, l'attention n'était pas détournée par des recherches sur d'autres points. Tout ce qui a rapport à l'invasion et à l'hérédité a été recueilli avec un soin extrême et avec la précaution de varier les questions d'une foule de manières. Sans doute je n'oserais affirmer qu'il n'y ait pas beaucoup de malades qui nous aient induit en erreur; mais ce que je puis dire, c'est que nous avons fait tous nos efforts pour éviter que cela fût. Cet inconvénient, du reste, est commun avec toutes les observations recueillies dans les hôpitaux sur les antécédents.

Certes, ce n'est pas dans des recherches de ce genre, qu'on peut concevoir la statistique médicale la mieux faite possible; certes, il vaudrait beaucoup mieux pouvoir suivre les malades dès l'invasion et établir ensuite des calculs; mais évidemment la vie de dix médecins très employés ou chargés d'un service dans lequel les malades resteraient toujours à l'hôpital, suffirait à peine pour réunir une centaine de cas. D'un autre côté, ainsi que me l'a fait judicieusement observer M. le docteur de Lens, pour les questions d'hérédité, il serait préférable, sous quelques rapports, de connaître le sort des enfants d'un grand nombre de phthisiques, que de savoir quelle a été la santé de leurs parents ascendants. Mais il s'agit moins, dans la question proposée, de juger de l'hérédité comme effet, que de l'hérédité comme cause. Ce qu'il importe en effet de déterminer, c'est de savoir s'il existe une influence héréditaire pour le plus grand nombre des phthisiques,

et si l'inflammation, chez les hommes nés de parents tuberculeux ou non, peut, dans beaucoup de cas, avoir une grande part dans la production des maladies dites organiques.

CHAPITRE PREMIER.

TUBERCULES.

Cinquante-deux phthisiques ont été observés. Chez tous, la maladie était confirmée : on n'a voulu y comprendre aucun cas qui pût laisser des doutes.

Chez tous il y avait induration de l'un ou des deux poumons en haut, soit en arrière, soit en avant. *Presque tous ceux qui avaient le lobe supérieur affecté en avant, l'avaient aussi en arrière;* plusieurs de ceux qui avaient le poumon induré en arrière avaient le poumon sain en avant.

Les symptômes physiques, chez la plupart d'entre eux, étaient : la matité avec résistance au doigt sous le scapulum ou sous la clavicule, quelquefois le bruit humorique de la percussion, le gargouillement et le plus souvent la pectoriloquie, la respiration, la voix et le souffle caverneux.

Les symptômes fonctionnels étaient chez tous : le facies phthisique, les crachats nummulaires, les frissons ou la chaleur du soir, les sueurs nocturnes, le dévoiement, l'émaciation progressive.

1° *Hérédité.*

Sur douze phthisiques qui avaient eu des engorgements présumés scrofuleux du cou, il y en avait onze dont les parents n'avaient point été atteints de phthisie.

Sur quarante-deux phthisiques qui n'avaient pas eu

d'engorgement au cou, il y en avait trente-neuf dont le père et la mère n'avaient point été frappés de maladies de poitrine, et les trois autres avaient eu leurs mères atteintes de cette maladie.

Chez l'un d'eux, une tante maternelle était morte phthisique; ce qui ne pouvait guère avoir eu d'influence sur la santé de sa nièce.

Dans 4 cas où les pères et mères avaient été bien portants, une sœur ou un frère étaient morts phthisiques, ce qui pouvait tenir beaucoup plus à l'influence commune des causes qui avaient pu agir sur ces familles, qu'à celle de l'hérédité.

Ainsi, sur ces 54 cas de phthisie, il n'y en a que 4 où l'hérédité puisse être signalée. Ce qui fait à peu près 1 sur 13. Sur 13 personnes d'un âge mûr, non phthisiques, il y en a certainement au moins une dont le père ou la mère sont morts d'une maladie de poitrine; donc, dans les cas que nous avons observés, l'hérédité ne paraît pas avoir influé sur la phthisie.

2° *Constitution, tempérament.*

On ne peut guère juger de ce que l'une et l'autre ont pu être chez des malades si gravement affectés; mais, sans crainte de se tromper, et d'après les renseignements obtenus, on peut dire que le plus grand nombre d'entre eux, avant l'invasion de la phthisie, étaient primitivement robustes et avaient la poitrine bien conformée.

3° *Coloration des cheveux; teinte de l'iris.*

Dans 47 cas où l'on a noté la coloration des cheveux, il y en a 34 où les cheveux sont châtains foncés ou noirs, et 13 seulement où ils sont blonds.

Dans 35 cas où l'on a noté la coloration de l'iris, il y

en a 26 où l'iris était coloré en brun avec des nuances grises ou verdâtres, et 13 où les yeux étaient bleus.

Ces cas ne sont pas en rapport avec ce que dit madame Boivin sur la fâcheuse préférence que la phthisie a pour les blondes et pour les yeux bleus.

4° *Sexe.*

Sur cinquante et un cas où on a noté le sexe, il y avait 37 hommes et 14 femmes. Nous sommes cependant allés indifféremment dans les salles d'hommes et de femmes, et de plus nous avons été dans tout le service de la Salpêtrière où l'on ne rencontre que des femmes, et il s'y trouvait plusieurs phthisiques qui comptent dans nos relevés. Ceci ne serait pas conforme à ce qu'on dit avoir observé; tant il est vrai qu'il faut se défier des résultats de statistique qu'on obtient, quand on ne calcule pas sur de grandes masses de faits, et quand on ne tient pas compte de toutes les circonstances.

5° *Ages.*

Le terme moyen des âges de 54 phthisiques, était de trente-quatre à trente-six ans; ce qui suppose beaucoup plus de phthisiques avancés en âge, qu'on ne le dit communément. Deux ou trois cas de phthisie ont été recueillis à la Salpêtrière, mais c'était chez des femmes encore jeunes. Il faut observer que nos relevés n'ont point rapport à des enfants tuberculeux.

6° *Habitation.*

Sur 10 scrofuleux dans leur enfance, 6 avaient habité des chambres petites, et dans 4 de ces cas, elles étaient mal éclairées; les 4 autres habitaient des chambres bien aérées. Sur les 40 autres cas, 12 seulement avaient

habité des chambres petites et mal saines : il est remarquable que ce soient les scrofuleux dont l'habitation ait, dans l'enfance, été la plus insalubre.

7° *Profession.*

Nos relevés ne sont pas assez nombreux pour pouvoir tenir compte de l'influence des professions de nos phthisiques sur leur maladie.

8° *Maladies antérieures.*

Sur 46 phthisiques dont les maladies antérieures ont été notées, il y en avait 26 qui disaient n'avoir jamais été malades avant le développement de la phthisie, et il y en avait 20 qui avaient éprouvé plusieurs rhumes graves, ou plusieurs *fluxions de poitrine*, avant de tomber malades. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que les scrofuleux, soit dans leur enfance, soit avant le développement de la phthisie n'ont pas été, plus que d'autres, sujets à des maladies autres que leurs ganglions engorgés du cou.

9° *Mode d'invasion.*

Sur les 54 phthisiques, il y en 2 chez lesquels, vu leur état de maladie grave, on n'a pu s'assurer au juste du mode d'invasion; sur les 52 restants, il y en a 14 où le début a été lent, où la toux a augmenté graduellement de fréquence et de force ; mais il y en a 38 qui, questionnés de toutes les manières avec un soin extrême, et en prenant bien garde de ne pas s'en laisser imposer par leurs discours, ont eu un début remarquablement aigu de la maladie : des frissons, de la fièvre, un point de côté, des crachats rouges ou rouillés, teints de sang, du sang pur, etc., et depuis ce temps, la toux n'a pas cessé. On n'oserait affirmer, dans beaucoup de ces cas, qu'il s'est

agi plutôt d'une pleurésie que d'une pneumonie ou d'une bronchite aiguës; mais ce qu'il y a de sûr, c'est que le début de ces affections a été franchement inflammatoire, et que les symptômes de la pneumonie paraissent, autant qu'on en peut juger sur le rapport des malades, s'être le plus souvent rencontrés. Ce serait donc presque dans les deux tiers des cas que l'invasion aurait été marquée par une maladie inflammatoire des voies de la respiration. Cela ne s'accorde guère avec les relevés recueillis par un de nos observateurs les plus recommandables.

10° *Traitement lors de l'invasion.*

Sur 49 cas où il a été signalé, il y en a 19 où les malades continuèrent de vaquer à leurs travaux, 15 où ils se bornèrent à faire usage de quelques boissons adoucissantes, et 14 où on eut recours à des saignées, ou plutôt à des sangsues, rarement appliquées en grand nombre. Ce n'a pas toujours été tout-à-fait au début, ni dans le cas les plus graves, que ces évacuations sanguines ont été faites. De tels résultats ne militent pas en faveur de la médecine expectante.

Conclusions.

Le plus grand nombre des phthisies pulmonaires que nous avons observées, près des deux tiers, ont commencé avec des symptômes inflammatoires aigus.

Chez les autres, le début a été lent, obscur, et il est possible que d'autres causes aient pu produire cette maladie.

Il se peut que, chez les uns et les autres, il y ait eu des circonstances d'organisation prédisposantes, mais on n'est pas parvenu à les saisir.

Dans les mêmes faits, l'influence de l'hérédité a paru

être tout-à-fait nulle, et rien ne prouve non plus dans ces observations qu'une diathèse spéciale ait présidé au développement de la phthisie.

CHAPITRE DEUXIÈME.

CANCER.

Vingt-trois cas de cancer ont été recueillis, soit à la Salpêtrière, soit dans les Hôpitaux. Chez les 23 femmes qui les ont présentés, 17 avaient des cancers utérins, et 6, des cancers mammaires. Chez toutes, la maladie était caractérisée par les signes les plus évidents.

Dans tous les cas de cancers utérins, le col était altéré, tantôt dur ou ramolli, saignant à la moindre pression, ulcéré et dilaté, couvert de végétations, tantôt (dans 6 cas) détruit à tel point qu'il était impossible de le reconnaître; le vagin participait souvent à la maladie, et dans un cas, il y avait une fistule urétro-vaginale.

Dans les six cancers mammaires, la vue de la tumeur, sa dureté, ses adhérences, son aspect mamelonné, ses ulcérations, les engorgements sous l'aisselle, ne permettaient pas d'élever le moindre doute sur le caractère de cette affection.

Les symptômes fonctionnels ont été, dans les cas de cancer utérin : des écoulemens rouges, bruns, livides, fétides, abondants ; il y a eu 3 cas où la maladie organique était très avancée, et où il n'y a pas eu d'écoulement : chez toutes, douleurs avec élancements revenant par accès, s'étendant aux reins et aux nerfs sciatiques.

Chez les femmes atteintes de cancer mammaire : écoulement sanieux, fétide, douleurs dans le plus grand nombre des cas.

Chez les unes et les autres, cachexie cancéreuse prononcée, teint jaune-paille, amaigrissement, diminution dans l'appétit, mouvement fébrile le soir, etc.

1° *Hérédité.*

Sur ces vingt-trois cas, il n'y en a eu qu'un seul dans lequel on pourrait accuser l'hérédité d'avoir causé la maladie. La mère, chez cette malade, avait succombé à un cancer utérin, et elle-même en a été atteinte. Les vingt-deux autres n'ont eu ni parents ascendants, ni parents collatéraux, ni enfants qui fussent morts du cancer.

2° *Constitution, tempérament, sexe.*

La plupart de ces malades avaient été primitivement bien constituées; elles étaient de tempérament très divers. Les yeux et les cheveux étaient bruns pour le plus grand nombre. Nos observations n'ont été recueillies que sur des femmes.

3° *Âges.*

L'âge de ces vingt-trois malades variait de 35 à 70 ans. Les femmes atteintes de cancer utérin avaient : deux, de 35 à 40 ans ; sept, de 40 à 50 ; quatre, de 50 à 60 ; deux, de 60 à 70 ; deux enfin de 70 à 75.

Les femmes atteintes de cancer mammaire avaient : deux, de 45 à 50 ans ; trois, de 50 à 60 ; une seule avait passé 60 ans.

Dans ces faits, c'est de 40 à 50 ans qu'il y a eu le plus de cancers ; mais il faut remarquer que plusieurs de ces femmes les portaient depuis long-temps, et que la Salpêtrière est une maison consacrée aux vieilles femmes, bien qu'il s'y trouve des cancérées peu âgées.

4° *Grossesses.*

Dans 11 des cas de cancer utérin, il y a eu des enfants: dans un cas, 14; dans un autre, 12; dans un troisième, 4; et dans les autres, un ou deux. Les autres femmes paraissent n'en pas avoir eu : dans ces cas de cancer mammaire, une seule femme est notée comme ayant eu six enfants : plusieurs années, se sont passées entre le dernier accouchement et l'invasion de l'affection cancéreuse; dans un seul cas, un accouchement laborieux fut suivi immédiatement des premiers symptômes du cancer utérin.

5° *Invasion.*

Dans un cas elle remonte à l'accouchement laborieux dont j'ai parlé; 11 fois le début a été marqué par une hémorrhagie violente surprenant la malade au milieu des apparences de la santé. Dans six de ces cas, il se joignit à ces symptômes, de vives douleurs de reins, de l'hypogastre et des aînes. Dans deux de ces cas, une chute d'un lieu élevé, suivie à l'instant d'une perte considérable ou de douleurs; dans un autre, un prolapsus utérin subit, suite d'un effort, furent des accidents en quelque sorte mécaniques, auxquels les malades rapportent l'invasion *première* des symptômes qui n'ont pas cessé depuis; dans les autres, des flueurs blanches signalèrent seules le début de la maladie. Ainsi, dans 12 cas, sur 17, le début du cancer utérin a été marqué par des symptômes d'inflammation ou d'hémorrhagie aiguës; c'est à peu près la même proportion que ceux des invasions chez nos phthisiques.

Sur les six cancérées du sein, quatre ont éprouvé une lésion extérieure, qui a précédé l'invasion de la maladie, ce sont des coups de main, de pied ou de coude,

auxquels les malades rapportent l'origine de leur cancer : l'une de ces femmes est remarquable en ceci, que l'engorgement datait chez elle de l'époque de la puberté, et ne s'échauffa qu'à l'occasion d'un coup qu'elle reçut beaucoup plus tard.

Chez toutes ces malades, de la douleur survint immédiatement après le coup. Dans ces 4 cas, le début fut marqué par une inflammation de la mamelle qui a laissé à sa suite un engorgement indolent, et le rapport entre la cause et l'effet paraît pouvoir être saisi. Dans les deux autres cas où la cause reste cachée, l'invasion a été tellement latente, que les malades ne se sont aperçues que par hasard de la glande qu'elles portaient dans le sein. Ainsi c'est encore dans les deux tiers des cas qu'on peut assigner une origine inflammatoire à la maladie.

6o *Traitement lors de l'invasion.*

Dans ces vingt-trois cas de cancers, le traitement, au début de la maladie, a été à peu près nul. Si les femmes atteintes de maladie utérine ont été forcées, par des pertes ou par la douleur, de garder le lit, elles se levaient le lendemain toutes souffrantes qu'elles étaient encore; le mal continuait, empirait, et les jours suivants le traitement n'était pas plus sage que précédemment.

Conclusions.

Le plus grand nombre des cancérées dont nous avons recueilli l'histoire, ont été sous l'influence de causes physiques auxquelles on peut raisonnablement attribuer le début de leur maladie; ou ont éprouvé les accidents aigus en rapport avec une affection hémorrhagique ou inflammatoire.

Chez les autres, un tiers à peu près, on ne peut assi-

gner de causes à la maladie, le début a été lent, obscur, et il est possible que des causes, autres que l'inflammation, aient pu produire cette maladie.

Les autres conclusions sont analogues à celles du chapitre précédent. Il est à noter qu'en relevant les calculs de M. Récamier, nous n'ayons trouvé qu'un seul cancéré né de parents cancéreux, contre 24 qui étaient issus de parents sains, et que dans nos observations la proportion ait été presque la même.

CHAPITRE TROISIÈME.

MALADIES ORGANIQUES DU COEUR.

Dans les vingt cas de maladies du cœur que nous avons observées, il y avait hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche; dans deux cas, dilatation du droit.

Les signes physiques étaient : une matité variant de cinq à huit pouces dans la région correspondante aux cavités gauches du cœur; le plus souvent il y avait résistance marquée au doigt qui percutait cet organe; dans les deux cas signalés, la matité sans résistance au doigt s'étendait à deux ou trois pouces, à droite des cavités gauches. Le stéthoscope donnait lieu, chez plusieurs, au bruit sourd et à l'impulsion de Laënnec; dans plusieurs cas on entendait, dans une grande partie du thorax, les battements du cœur. Le bruit de soufflet a été entendu dans 4 cas.

Les signes fonctionnels consistaient dans la dyspnée, et divers troubles dans le pouls; chez presque tous, l'artère avait du développement, même chez ceux qui présentaient le bruit de soufflet. L'œdème des jambes existait chez 11 de ces malades.

Hérédité.

Les 20 anévrysmatiques étaient nés de parens qui n'avaient point été affectés d'une semblable manière. La mère d'un seul était morte de phthisie.

Constitution, tempérament.

Presque tous étaient robustes, bien constitués; quelques-uns paraissaient avoir été d'une constitution athlétique. Il y en avait cependant deux ou trois de maigres et de faibles.

Ages, sexes.

Il y avait 14 femmes et 6 hommes; mais plusieurs de nos observations ont été recueillies à la Salpêtrière. 4 avaient de 20 à 30 ans; 5, de 30 à 50; 6, de 50 à 70; 5 avaient plus de 70 ans.

Invasion.

Dans deux cas, les premiers symptômes de la maladie ont été immédiatement précédés de chute sur le thorax; dans 6 cas, des accidens de maladies aiguës de poitrine, tels que douleur, crachement de sang, fièvre, point de côté, toux, ont été promptement suivis des accidens du côté du cœur.

Dans 4 cas, les malades ont attribué à des chagrins la cause de leur souffrance, et l'invasion a rapidement suivi l'action de cette cause.

Dans les 8 autres cas, la maladie a commencé lentement et progressivement.

Conclusion.

Plusieurs des anévrysmatiques que nous avons observés ont éprouvé des symptômes d'inflammations aiguës des

organes respiratoires ou circulatoires, immédiatement avant l'invasion de la maladie organique du cœur. Des causes capables de provoquer l'inflammation de celui-ci, ont aussi paru agir dans quelques-uns de ces cas.

Chez plusieurs autres, des causes non inflammatoires ont paru donner lieu aux premiers symptômes de la maladie dont le début a été obscur et latent.

L'hérédité dans aucun de ces cas n'a paru avoir une influence notable sur le développement de la maladie du cœur.

CONCLUSIONS DE LA SECONDE PARTIE.

Un peu moins des deux tiers des malades que nous avons observés, et qui étaient atteints de maladies dites organiques, ont éprouvé, lors de la première invasion de l'affection qu'ils présentaient, des symptômes d'inflammations ou d'hémorrhagies aiguës. Souvent des causes physiques, des agents mécaniques paraissaient avoir été les principaux moteurs de ces accidents.

Dans un peu plus du tiers des autres, le début a été latent, obscur, et on a souvent ignoré la cause de leur maladie.

L'hérédité n'a pas paru avoir une influence notable sur le développement de ces lésions organiques.

On n'a pu saisir, dans ces faits, des circonstances propres à corroborer l'hypothèse de la diathèse cancéreuse.

L'analogie porte à croire que ce qui est vrai des maladies dites organiques dont il a été spécialement parlé dans cette dissertation, l'est aussi de la plupart des autres maladies dites organiques.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES.

Les relevés statistiques des 97 cas observés au lit du malade, relevés faits *postérieurement* au travail théorique de la première partie, conduisent absolument aux *mêmes conclusions* et confirment puissamment celles qui avaient été données (p. 67); il suffit ici de les reproduire

QUESTION.

Quelle part a l'inflammation dans la production des maladies dites organiques?

RÉPONSE.

Il résulte des considérations de la première partie et et des faits de la seconde :

Que l'inflammation franche et aiguë peut produire, lorsqu'elle persiste, un grand nombre de maladies dites organiques.

Que d'autres causes peuvent présider à la production de celles-ci.

Que souvent ces causes, combinées à des degrés divers avec l'inflammation, se réunissent pour produire les. maladies dites organiques.

Que souvent, la part de l'inflammation, dans cette production, est grande.

Que souvent elle est très faible.

Que d'autres fois elle est nulle.

Qu'enfin, l'hypothèse d'une diathèse, prise autrement que comme circonstances d'organisation générale, de constitution, etc., et considérée comme une cause spéciale de maladie, n'éclaire pas la pathologie, ne guide pas dans le diagnostic, et est, dans l'état actuel de la science, sans utilité pratique évidente.

APPLICATIONS

A LA THÉRAPEUTIQUE

DES DISCUSSIONS, DES FAITS PRÉCÉDENTS,

ET DE QUELQUES AUTRES TRAVAUX.

I. Il est d'une haute importance pratique de combattre, avec énergie, les maladies aiguës dans leur principe.

II. Qu'il y ait des prédispositions organiques ou non, la première règle de conduite à suivre est de ne les abandonner à elles-mêmes, qu'autant qu'elles ne sont pas dangereuses ou du moins qu'elles ne paraissent pas devoir l'être.

III. Dans ce cas, en éloignant l'action des causes qui ont produit ou qui entretiennent le mal, on peut s'en rapporter à la tendance qu'a l'organisation à se conserver elle-même, à la nature médicatrice enfin.

IV. Lorsque l'inflammation ou une maladie autre que l'inflammation, menacent actuellement ou ultérieurement l'existence, attendre pour agir est une imprudence : c'est faire comme celui qui verrait un autre homme marcher vers un précipice, et qui ne chercherait point à détourner ses pas.

V. On préviendrait probablement beaucoup de lésions organiques, si l'on attaquait avec assez d'énergie les maladies à leur début.

VI. Le premier commencement des inflammations franches est fréquemment susceptible d'une guérison prompte et presque instantanée.

VII. Tant qu'il n'y a que congestion, qu'inflammation

simple, les moyens thérapeutiques sont fréquemment suivis des plus heureux résultats.

VIII. Quand il y a exsudation de lymphe plastique dans les cavités ou dans le tissu des organes, il y a moins de chances de succès, la résolution se fait attendre, et il faut souvent plusieurs jours pour que cette résolution s'opère.

IX. Quand cette lymphe est coagulée, transformée, métamorphosée; quand la nutrition est intervertie et que le tissu des organes est changé, les secours de la médecine sont beaucoup moins puissans.

X. Alors si le mal est borné, la nature ou l'organisation peuvent faire des efforts sanateurs, et la guérison peut s'en suivre (1).

XI. Mais, si le mal attaque une vaste surface, et si des organes importants à la vie sont affectés, si la destruction ou l'ablation sont impossibles, la terminaison par la mort arrive presque toujours.

XII. Cette mort a lieu plus ou moins vite, en raison d'une foule de circonstances qui tiennent, soit à l'état local, soit à l'état général.

XIII. Il faut sur-tout avoir égard aux liquides qui se déposent dans les bronches et les vésicules pulmonaires. La suspension du renouvellement de l'air, dans un point circonscrit du poumon, empêche l'hématose de se faire sur ce point; les applications pratiques de ce fait aux altérations du sang ne sont pas à dédaigner (2).

XIV. Beaucoup de lésions organiques, dues primitivement a l'inflammation, une fois développées, ne sont plus inflammatoires; et vouloir les guérir par des antiphlogistiques et l'abstinence, ne serait pas toujours faire une chose prudente.

XV. Les saignées pratiquées avec hardiesse, mais avec circonspection, sont bien rarement dangereuses.

XVI. Il y a des moyens de régler la quantité de sang qu'on peut faire perdre. Le médecin doit les connaître et s'en servir quand il lui reste quelques doutes sur l'innocuité avec laquelle les malades peuvent supporter la saignée.

XVII. Les principaux de ces moyens se tirent de l'examen des artères, du cœur, des veines, des capillaires; de la mensuration plessimétrique des organes profonds; de l'appréciation de leur densité; de l'influence de la pesanteur sur la circulation en général, et sur celle du cerveau en particulier (3).

XVIII. Quand on veut porter loin les saignées, il faut toujours s'enquérir avec soin, si ultérieurement le tube digestif sera assez sain pour réparer les pertes de sang qu'on aura provoquées (4).

XIX. Dans les cas où les saignées sont indiquées, s'il y a une inflammation récente qui compromette actuellement la vie, il vaut mieux tirer la quantité de sang qu'on doit extraire en peu de temps et en un petit nombre de fois, que d'agir lentement et à plusieurs reprises (5).

XX. L'action de l'eau, à petites doses répétées, est l'un des meilleurs moyens auxiliaires, à l'emploi des saignées: elle est, sur-tout utile dans le cas où le sang est très couenneux : comme tous les moyens, elle a des avantages et des inconvénients (6).

XXI. L'abstinence fait perdre du sang; prolongée, elle affaiblit quelquefois autant et plus que les saignées (7).

XXII. Les moyens thérapeutiques, dont il faut généralement faire choix, sont les plus connus sous le rapport pratique; ceux qu'on sait le mieux manier, ceux dont on peut le mieux calculer les effets; ceux sur-tout qui sont les moins dangereux (8).

Avant tout, il faut chercher à ne pas nuire. Si l'on me laisse le choix, pour guérir une fièvre intermittente,

entre l'arsenic et le sulfate de quinine, je ne ferai pas usage de l'arsenic.

XXIII. Dans des cours de médecine clinique, il s'agit moins d'étudier l'action de médicaments nouveaux ou peu connus, que d'apprendre aux élèves à se servir convenablement et à propos des ressources journalières de la thérapeutique (9).

XXIV. Il est d'une grande application pratique de tenir compte des faits mécaniques qui se passent dans les phénomènes de la vie et dans les maladies, et d'apprécier aussi l'influence qu'exerce la pesanteur sur l'invasion, la marche, la forme, la durée, et le traitement des lésions de nos organes (10).

XXV. Dans le traitement des phlegmasies, et sur-tout des maladies organiques, il faut tenir compte : de l'état local de la partie malade, de l'état local des autres parties, et de l'état général. Par état général, j'entends ici : 1° les modifications survenues dans le sang, en plus ou en moins (11) ; 2° les altérations qui ont lieu dans ses éléments constituants (12) ; 3° la constitution du sujet ; 4° sa susceptibilité nerveuse, souvent aussi des influences épidémiques, etc., etc. (13).

XXVI. Il est certaines maladies dans lesquelles il est difficile de nier la spécificité.

XXVII. Dans les maladies organiques incurables, il faut se rappeler qu'il peut survenir des phlegmasies consécutives.

XXVIII. Il ne faut pas toujours pour combattre celles-ci, faire perdre du sang : car, il est des cas, où en soustraire, c'est encore rendre plus nombreuses les chances de mort (14).

XXIX. Dans les cas incurables, le grand art du médecin est de savoir : remédier aux complications ; prolonger la vie ;

quelquefois donner des aliments à propos; les supprimer quand il convient; calmer les douleurs; et employer tous les ressorts de son esprit et de son humanité, pour rendre les derniers jours de la vie moins affreux.

XXX. Le devoir d'un professeur de clinique est d'être le plus utile possible à ses malades, à la science et aux élèves (15).

BIBLIOGRAPHIE.

INTRODUCTION ET CHAPITRE PREMIER.

(1) *Andral.* — Précis d'anatomie pathol. t. 1er, p. 9.
(2) *Roche.* — Dictionnaire de Méd. prat. t. 10, p. 443.
(3) *Bouillaud.* — Ibid. t. 4, p. 444.
(4) *Samuel Cooper.* — Dict. chir. prat. seconde partie, p. 4.
(5) *Boyer.* — Traité des mal. chir., t. 1er., p. 1.
(6) *Thomson.* — Traité méd. chirurg., p. 1.
(7) *J. Frank.* — t. 1er et 2, p. 436.
(8) *Chomel.* — Dict. de Médecine, t. 12, p. 213.
(9) *Mémoires* de la société méd. d'émul. t. 7., p. 105.
(10) *Ibid.* — page 166. *Voyez* aussi la définition de Corvisart, — Ibid. p. 120. — Pour la citation de Galien, p. 117 — Pour celle de *Selle*, 119.
(11) *Ibid.* — p. 208. — Pour la citation de *Sauvages*, p. 206.
(12) *Dictionnaire* des sciences médicales, t. 11, p. 63.
(13) *Ibid.* p. 47.
(14) *Mérat.* — Dictionnaire des sciences médicales, t. 30, p. 295.
(15) *Pinel.* — Nosographie philos. 5e édition, t. 3, p. 297.
(16) *Rochoux.* — Dict. de médecine, t. 13, p. 79, 82.
(16²) *Bayle neveu.* — *Competitio ad agregationem* — 1826.
(17) *Donné.* — Thèse du concours pour l'agrégation. 1832.
(17²) *Heusinger.* — Dans le journal complémentaire du Dictionnaire des sciences médicales, t. 20, p. 32 — 1824.
(18) *Ibid.* — p. 20
(19) *Dézeimeris.* — Histoire de l'anatomie pathologique, p. 11, p. 13, p. 17, p. 11, p. 6.
(20) *Piorry.* — Mémoire sur le sérum du sang, dans le procédé opératoire de la percussion médiate, p. 274, p. 282.
(21) *Mémoire* de M. *Breschet* sur les mélanoses; et Andral, Anat. path. t. 1er, p. 457.
(22) *J. F. Meckel.* — Manuel d'anatomie générale, traduct. de M. Breschet, 1825, t. 1er, p. 532.
(23) *Andral.* — Anatomie pathol., t. 1er. p. 389.
(24) *Ibid.* — p. 390.
(25) *J. Franck.* — t. 1 et 2, *Praxeos medic.*, p. 448.
(26) *Laennec.* — Dict. des sciences médicales, t. 2, p. 53.
(27) *Cruveilhier.* — Note sur les tubercules; nouvelle bibl. médicale 1826, t. 3, p. 390.
(28) *Morgagni.* — *Epistola* 22, no 3.
(29) *Ibidem.* — no 19.
(30) *Lombard.* — Essai sur les tubercules, 1827, no 178, p. 8.
(31) *Ibidem.* — p. 9.
(32) *W. Stark.* — The works, 1788, p. 26.
(33) *Portal.* — Mém. de la Société royale des sciences, 1780, p. 315 et suivantes. (Citation de Shrœder.)
J. Franck. — t. 11, p. 116, énumération de plusieurs auteurs qui ont adopté cette opinion avec indication des sources. 1824.
(34) *Broussais.* — Traité des phlegmasies chroniques, t. 1.
(35) *Morgagni.* — Epist. 22, no 21.

(36) *Cruveilhier.* — Loco citato, p. 386.
Andral. — Anat. pathol., t. 1, p. 413.
(37) *Piorry.* — Mém. sur le sérum du sang dans le procédé opératoire de la percussion, p. 282.
(38) *Shrœder Van der Kolk.* — Obs. anat. pathol., Amsterdam 1826, p. 60.
(39) *Lombard.* — Loco citato., p. 23.
(40) *Baron.* — Recherches sur le développement des maladies tuberculeuses, traduction de Me Boivin, 1825.
(41) *Andral.* — Anatomie pathologique, t. 1., p. 388.
(42) *Rochoux.* — Dictionnaire de médecine, t. 13, p. 91.
(43) *Lombard.* — Loco citato, p. 52.
(44) *Andral.* — Anat. pathol., t. 1., p. 436.
(45) *Donné.* — Thèse pour l'agrégation, 1832, p. 13.
(46) *Citation de M. Dezeimeris.* — Loco citato, p. 33.
(47) *Andral.* — Loco citato, p. 429.
(48) *Reynaud.* — Journal hebdomadaire, t. 2., p. 409.
(49) *Piorry.* — Clinique médicale de la Salp. et de la Pitié, p. 139.
(50) *Piorry.* — Du procédé opératoire, p. 323.
(51) *Sydenham.* — Méd. prat., trad. de Jault; p. 369.
(52) *Lombard.* — Loc. cit., p. 31.
(53) *Gendrin.* — Hist. anat. des inflammations, t. 2., p. 306.
(54) *Lombard.* — Loc. cit., p. 38.
(55) *Shrœder van der Kolk.* — Obs. anat. path., p. 64.
(56) *Gendrin.* — Loc. citat., t. 2 p. 591.
(57) *Piorry.* — Procédé opérat. de la percussion, p. 276.
Donné. — Concours pour l'agrégation p. 13.
(58) *Chaussier.* — Citat. de Mme Boivin, dans l'addition à l'ouvrage de Baron, p. 6 et 7.
(59) *Louis.* — Recherches sur la phthisie, p. 524.
(59[2]) *Velpeau.* — Citat. de Lombard, *loc. citat.*, p. 32.
Gendrin. — Hist. anat. des inflammations, t. 2, p. 588.
(60) *Ibidem.* — p. 306.
(61) *Ibidem.* — p. 258, 602.
(62) *Louis.* — Recherches sur la phthisie, p. 527; 411, 420, 428, 434, 230, 442.
(62[2]) *Ibidem.* — p. 368, p. 529.
(63) *Ibidem.* — p. 523.
(64) *Lombard.* — Loc. cit., p. 36.
(64[2]) *Ibidem.* — p. 31.
(65) *Ibidem.* — p. 25.
(66) *Andral.* — anat. path., t. 1, p. 434.
(67) *Lombard.* — Loc. cit., p. 29.
(68) *Louis.* — Loco cit., p. 533.
(69) Mme *Boivin.* — Loc. cit., p. 18.
(70) *Lombard.* — Loc. cit., p. 28.
(71) *Ibidem.* — p. 27.
(72) *Andral.* — Loc cit., t. 1, p. 435,
(73) *Louis.* — Loc cit, p. 532.
(74) *Lombard.* — Loc. cit., p. 25.
(74[2]) *Louis.* — Loc. cit., p. 530.
(75) *Ibidem.* — p. 526.
(76) *Rostan.* — Citation de Lombard, loc. cit., p. 35.

(77) *Piorry.* — Mém. sur le sérum du sang, dans le procédé opérat. de la percussion, p. 278.
(78) *Piorry.* — Clinique médicale, p. 139.
(79) Me *Boivin.* — Loc. citat., p. 9.
(80) *Dezeimeris.* — Loc cit., p. 46.
Piorry. — Proc. opérat., p. 279.
(81) *Andral.* — Anat. pathol., t. 1, p. 408.
(82) Mme *Boivin.* — Loc. citat., p. 2.
(83) *Morgagni.* — Epist. 38, nº 35 et 36.
(84) *Dezeimeris.* — Loc. cit., p. 31.

CHAPITRE SECOND.

Cancer.

(1) *Bouillaud.* — Dict. de méd. prat., t. 4, p. 446.
(2) *Rochoux.* — Dict. de méd., t. 13, p. 92.
(3) *Andral.* — Anat. pathol., t. 1er, p. 501.
(4) *Récamier.* — Recherches sur le trait. du cancer. t. 1er., p. 71.
(5) *Andral.* — Loc. citat., t. 1er., p. 497.
(6) *Abernethy.* — Mélanges de chir. étrangère. Genève, t. 2.
(7) *Donné.* — Loc. cit., p. 19, 24, 7.
(8) *Andral.* — anat. path., t. 1er., p. 498.
(9) *Bouillaud.* — Loc. cit., p. 425.
(10) *Récamier.* — Recherches sur le trait. etc., t. 2, p. 211.
(11) *Bayle neveu.* — Thèse citée, p. 13.
(12) *Bouillaud.* — Dict. méd. prat., art. cancer, p. 431.
(13) *Dezeimeris.* — Loc. cit., p. 48.
(14) *Ibidem.* — p. 49.
(15) *Chomel.* — Dictionnaire de méd. prat., t. 12, p. 244.
(16) *Bouillaud.* — Loc. cit., p. 43.
(17) *Boyer.* — Traité des mal. chir., t. 2, p. 301.
(18) *Récamier.* — Loc. cit., t. 2, pages 206, 207.
(19) *Cayol.* — Traité du cancer, p. 551.
(20) *Boyer.* — Malad. chirurg., t. 2, p. 292.
(21) *Thomson.* — Traité méd. chir., p. 109.
(22) *Samuel Cooper.* — Dict. de chir. prat., t. 2, t. 3.
(23) *Gendrin.* —Hist. an. des infl., t. 2, p. 620.
(24) *Cayol.* — Traité du cancer, p. 552.
(25) *Rochoux.* — Dict. de méd., t. 13, p. 95.
(26) *Cayol.* — Loc. cit., p. 555.
(27) *Bouillaud.* — Loc. cit., p. 442.
(28) *Récamier.* — Loc. cit., p. 225.
(29) *Ibidem.* — Passim.
(30) *Boyer.* — Traité des mal. chir., t. 2, p. 292.
(31) *Cayol* — Loc. cit., p. 545.
(32) *Ibidem.* — 548.
(32) *Ibidem.*— p. 555.
(33) *Ibidem.* — p. 553.
(34) *J. Frank.* — Praxeos, t. 11, p. 177.
(35) *Recamier.* — Loc. cit., t. 2, de la page 211 à 217.
(36) *Ibidem.* — p. 215.
(37) *Bouillaud.* — Loc. cit., p. 438.
(38) *Ibidem.* — p. 441.

(39) *Cayol.* — Loc. cit., p. 553.
(40) *Ibidem.* — p. 558.
(41) *Ibidem.* — p. 560.

CHAPITRE TROISIÈME.

Maladies organiques du cœur.

(1) *Andral.* — Clinique médicale, 1re édit. ; t. 3, p. 461 et suivantes.
(2) *Piorry.* — Clinique médicale, p. 57.
(3) *Ibidem.* — p. 147.
(4) *Ibidem.* Du procédé opératoire de la percussion, p. 324.
(5) *Piorry.* — Obs. d'une dégénération squirrheuse de l'aorte, dans le journal général de médecine, t. 75, p. 207.
(6) *Morgagni.* — De Sedibus et Causis, epist. 26, n° 36 et 37.
(7) *Laennec.* — Auscult. médiate 2e édit. il cite *Hogdson.*
(8) *Andral.* — Loc. cit., t. 3, p. 472.
(9) *Andral.* — Loct. cit., t. 3, p. 461.
(10) *Bouillaud.* — Traité des mal. du cœur, 88e, 89e, 91e observations.
(11) *J. Frank.* — Praxeos, t. 12, p. 284.
(12) *Ibidem.* — p. 343.
(13) *Piorry.* — Clinique médicale, p. 61.
(14) *Ibidem.* — p. 61.

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

(1) An omnes morbi sanabiles sanandi? competitio ad agregationem, 1824.

(2) *Mémoire* sur l'asphyxie par l'écume bronchique dans le procédé opératoire. Clinique médicale passim; de la percussion médiate. p. 71.

(3) *Du procédé opératoire.*—Mémoires sur les pertes de sang; clinique médicale.

(4) *Mémoire* sur l'abstinence dans le procédé opératoire.
(5) *Mémoire* sur les pertes de sang. — *Ibidem.*
(6) Clinique médicale, p. 108.
(7) *Mémoire* sur l'abstinence, loc. cit.
(8) *Clinique médicale.*
(9) *Ibidem.*

(10) *Mémoire* sur l'influence de la pesanteur sur le cours du sang dans le procédé opératoire.

(11) *Mémoire* sur les pertes de sang.

(12) *Mémoires* sur l'asphyxie par l'écume bronchique; sur la morsure de vipère, dans la revue médicale; sur le choléra, l'entérite typhoïde, dans la clinique médicale.

(13) *Mémoire* sur le choléra. — *Ibidem.*
(14) *Mémoires* sur l'abstinence, sur les pertes de sang.
(15) *Thèse* sur les généralités de la médecine clinique, concours de 1831, dans le procédé opératoire.

TABLE DES MATIÈRES.

FIN.

30. Codice del sacro ordine Gerosolimitano, in Malta, 1782, in-fol.. cart. — Compendio delle materie contenute nel Codice del sacro ordine Gerosolimitano. 1783, in-fol., bl.

31. Recueil de questions de droit, par Jehannin, 3 vol. in-fol., vél., manuscrit.

32. Les Lois civiles dans leur ordre naturel, par Domat. Paris, 1756, 2 tom. en 1 vol. in-fol., v. m.

33. Œuvres complètes de Michel L'hospital. Paris, 1824, 3 vol. in-8, fig., br.

34. Œuvres du chancelier d'Aguesseau. Paris, 1759, 12 vol. in-4, v. m.

35. Œuvres de Pothier. Paris, 1777, 23 vol. in-12, bas. marb.

36. Traité des successions, par Denis Le Brun. Paris, 1775, in-fol., v. m.

37. Répertoire universel et raisonné de jurisprudence, par M. Merlin. Paris, 1812-1825, 15 vol. in-4, demi-rel., et 2 vol. de suppl. brochés, ensemble 17 vol. in-4.

38. Recueil alphabétique des questions de droit, par M. Merlin, Paris, 1804-1810, 9 vol. et 4 vol. de supplém., ensemble 13 vol. in-4, br.

39. Jurisprudence générale du royaume, ou Journal des audiences de la cour de cassation et des cours royales, etc., par MM. Denevers, Dalloz, Tournemine et Dalloz jeune, de 1791 à 1830 inclusivement, 30 vol. in-4, demi-rel.

40. Jurisprudence générale du royaume, etc., par Dalloz, de 1791 à 1826, 24 vol. in-4, br.

41. Jurisprudence du notariat. Paris, 1830 à 1838, 10 vol. in-8, br.

42. Recueil de jurisprudence canonique et bénéficiale, par Rousseau de Lacombe. Paris, 1755, in-folio, v. m.

Librairie médicale de Germer Baillière.

ALIBERT. Monographie des Dermatoses, ou Précis théorique et pratique des maladies de la peau; 2e édition, revue, corrigée et augmentée de planches coloriées, représentant 30 espèces de maladies. Paris, 1835, 2 vol. grand in-8, papier vélin. 20 fr.

LEPELLETIER (de la Sarthe.) De l'emploi du tartre stibié à haute dose dans le traitement des maladies en général, et dans celui de la pneumonie et du rhumatisme en particulier. Paris, 1835, 1 vol. in-8, de 250 pag. 3 fr. 50 c.

RACIBORSKI. Nouveau manuel complet d'auscultation et de percussion, ou Application de l'acoustique au diagnostic des maladies. Paris, 1835, 1 vol. in 18, avec un tableau synoptique des signes de l'auscultation et de la percussion, appliqués au diagnostic des maladies. 5 fr. 50 c.

ABERCROMBIE. Traité sur les maladies de l'encéphale, de la moelle épinière, et d'un précis sur les maladies des nerfs, avec des recherches pathologiques et pratiques sur ces affections. Deuxième édition française, traduite de l'anglais, et augmentée de notes très nombreuses; par A.-N. GENDRIN, médecin de l'hôpital Cochin. Paris, 1835, un fort vol. de 650 pag. in-8. 7 fr.

BRIERRE DE BOISMONT. Manuel de médecine légale à l'usage des médecins, des avocats et des jurés. Paris, 1835, 1 fort vol. in-18, de 350 pag. 2 fr. 50 c.

CHOMEL. Leçons de clinique médicale professée à l'Hôtel-Dieu de Paris, recueillies et publiées sous ses yeux, par J. L. GENEST, D. M. P., ancien chef de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. Paris, 1834-1835, 2 forts vol. in-8, br. 14 fr.

CLARION. Manuel médical, ou Précis de médecine pratique, contenant les causes, les symptômes et le traitement de toutes les maladies internes. Paris, 1835, 1 fort vol. in-8. 8 fr.

DUPARCQUE (F). Traité théorique et pratique sur les altérations organiques simples et cancéreuses de la MATRICE. Paris, 1835, 1 vol. in-8, br. 6 fr. 50 c.

FOY. Nouveau Formulaire des praticiens, contenant 2,000 formules magistrales et officinales, suivi des secours à donner aux asphyxiés et aux empoisonnés, et d'un Mémorial thérapeutique. Paris, 1833, 1 fort v. in 18. 4 f. 50 c.

LOUYER VILLERMAY. Traité des Vapeurs ou Maladies nerveuses, et surtout de l'hystérie et de l'hypochondrie. Nouv. édit. Paris, 1832, 2 vol. in-8, broché. 11 fr.

PIORRY. Du procédé opératoire à suivre dans l'exploration des organes par la percussion médicale, accompagné de mémoires sur la circulation, les pertes de sang, le sérum du sang, la respiration, l'asphyxie, la strangulation, la submersion, la langue considérée sous le rapport du diagnostic, l'abstinence, la migraine, etc., etc. Paris, 1835, 1 fort vol. in-8. 6 fr.

PIORRY. De l'irritation encéphalique des Enfants, ou Considérations sur les causes, les symptômes et le traitement de la maladie, désignée successivement sous les noms de convulsions internes, de fièvre cérébrale, d'hydrocéphale aiguë, d'arachnoïde, etc. Paris, 1823, in-8 br. 2 fr. 50 c.

WELLER. Traité théorique et pratique des maladies des yeux, traduit de l'allemand sur la dernière édition, par *F. J. Riester*, avec des notes par *Jallat, D. M. P.* Paris, 1832, 2 vol. in-8, avec 6 fig. dont 4 très bien coloriées. 10 fr.

E. DUVERGER, IMP., RUE DE VERNEUIL, 4.